Aus der Landesfrauenklinik und Provinzialhebammen-Lehranstalt
in Magdeburg. Direktor: Dr. v. Alvensleben

Beitrag zur Frage der Therapie der Placenta praevia mit den alten vaginalen Methoden

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
einer hohen Medizinischen Fakultät der Martin Luther-Universität
zu Halle (Saale)

vorgelegt von

Georg Gaudig
aus
Meuschau bei Merseburg

Halle (Saale) 1936

Eduard Klinz Buchdruck-Werkstätten Halle (Saale), Dölauer Straße 14

Aus der Landesfrauenklinik und Provinzialhebammen-Lehranstalt
in Magdeburg. Direktor: Dr. v. Alvensleben

Beitrag zur Frage der Therapie der Placenta praevia mit den alten vaginalen Methoden

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
einer hohen Medizinischen Fakultät der Martin Luther-Universität
zu Halle (Saale)

vorgelegt von

Georg Gaudig
aus
Meuschau bei Merseburg

Halle (Saale) 1936

Eduard Klinz Buchdruck-Werkstätten Halle (Saale), Dölauer Straße 14

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Referent: Prof. Dr. Nürnberger

Korreferent: Prof. Dr. Wätjen

Tag der mündlichen Prüfung: 16. 12. 1936

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544724_0053

Die Frage der Behandlung der Placenta praevia hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte auf Grund der von vielen Autoren veröffentlichten Erfolge immer mehr zugunsten des abdominalen Kaiserschnittes entwickelt. Andrerseits sind auch Stimmen laut geworden, die vor einer Überbetonung der Sectio als der Idealtherapie bei Placenta praevia gewarnt haben. Es dürfte deshalb interessant sein, das Material aus einer Klinik, an der bisher in nahezu sämtlichen Fällen von fehlerhaftem Sitz der Placenta auf vaginalem Wege vorgegangen wurde, zusammen zu stellen, und die Resultate bezüglich der mütterlichen und kindlichen Mortalität zu errechnen. Anschließend sollen die gewonnenen Ergebnisse mit denen der Schnitt-Therapie in Vergleich gesetzt werden, um erneut Folgerungen für den bei Placenta-praevia-Komplikationen einzuschlagenden Weg zu ziehen.

Vom 1. April 1920 bis zum 1. April 1936 wurden in der Landesfrauenklinik Magdeburg insgesamt 170 Patientinnen mit Blutungen in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft auf Grund fehlerhaften Placentarsitzes in Behandlung genommen und 157 davon entbunden. Die Gesamtgeburtenzahl der von mir erfaßten Jahrgänge beträgt 15875. Die Placenta-praevia-Komplikationen umfassen also ungefähr 1 % des klinischen Materials.

13 Patientinnen, die nicht in der Klinik niedergekommen sind, lasse ich aus der zu gewinnenden Statistik aus. Unter den 157 entbundenen Müttern sind nur zwei durch Kaiserschnitt, alle übrigen mit vaginalen Methoden behandelt worden. Bei beiden Sectiones caesareae wurden die Mütter und die ausgetragenen Kinder am Leben erhalten.

Gradeinteilung der Plac. praevia

Eine nachträglich auf Grund der Krankengeschichten vorzunehmende Gradeinteilung der Fälle von fehlerhaftem Sitz des Mutterkuchens stößt auf erhebliche Schwierigkeiten. Da die Untersuchungen der einzelnen Patientinnen je nach Dauer und Fortschritt der Geburt bei verschieden erweitertem Muttermund stattfanden, ist eine einheitliche Gliederung nicht möglich. Zuweilen sind die Krankenblätter nicht ausführlich genug, und geben statt eines Tastbefundes nur die gestellte Diagnose zur Kenntnis. In manchen Fällen mag auch der durch starke Blutungen bedingte Zwang zum sofortigen therapeutischen Eingriff die genaue Erhebung eines Tastbefundes als nebensächlich übergangen haben, zumal die Allgemeindiagnose Placenta praevia ganz offensichtlich gegeben war. Um den Schwierigkeiten der Differenzierung zu entgehen, will ich von sämtlichen Fällen den oder die maßgeblichen Untersuchungsbefunde herausschreiben und auch

Feststellungen, die über die Art des fehlerhaften Sitzes während der therapeutischen Maßnahmen oder im Anschluß daran getroffen wurden, notieren, soweit sich aus ihnen Rückschlüsse und Bestätigungen für die gestellte Diagnose ergeben. Die Forderung wäre nicht unbillig, bei allen weiteren Veröffentlichungen über Placenta-praevia-Therapie immer die Tastbefunde sämtlicher Fälle mit anzuführen. Wenn wir damit auch eine erschwerte Übersicht bedingen, ergibt sich doch für den Leser der Vorteil, alle Behauptungen und Erfolge objektiver beurteilen zu können. Ich schließe mich mit diesem Beginnen weitgehendst an den Vorschlag von Miculicz-Radecki (Archiv 123) an, halte jedoch nicht die erste Aufnahmeuntersuchung für die maßgebliche, sondern die zuletzt stattgehabte, die die Richtlinien für das therapeutische Handeln ergab. Ich will dabei allerdings gern zugeben, daß in vielen Fällen die erste Untersuchung die gleichzeitig entscheidende sein muß. Um bei allen Fällen, in denen nur eine Diagnose angegeben ist oder überhaupt nur von Blutungen gesprochen wird, wenigstens einigermaßen objektiv eine nur tiefsitzende Placenta von einer tatsächlich oder höchstwahrscheinlich prävialliegenden zu unterscheiden und abzugrenzen, werde ich die anamnestischen Angaben, soweit sie aufschlußreich sind, die Stärke der Blutungen und die therapeutischen Eingriffe aufzeigen. Es wird zwar von verschiedenen Autoren angezweifelt, daß die Intensität der Blutung ein Gradmesser für den vorliegenden Placentarbezirk sei, sie dürfte aber doch in den meisten Fällen die Diagnose erhärten. Wie sich der Tastbefund und damit die differenzierte Diagnose bei Fortschreiten der Geburt verändert, beweisen die Fälle

1581/1920 (marginalis)
1532/1920 (lateralis)
176/1922 (marginalis)
384/1926 (totalis)
604/1930 (laterralis)
584/1934 (tiefsitz.)
} siehe Anhang!

731/1926 (totalis. siehe Todesfälle! Seite 12)

Daß man keinesfalls einen völlig erweiterten Muttermund als Richtschnur der Gradeinteilung nehmen kann, wie es auch vorgeschlagen worden ist, geht daraus hervor, daß man in den allermeisten Fällen durch die Blutungen schon vorher zu therapeutischen Handeln gezwungen wird. Andrerseits läßt sich bei Geburten, die vom Praktiker — oft mit differenzierter Diagnose — eingewiesen wurden, und bei denen sich während des Transportes der Muttermund bis zur Handtellergröße oder völlig erweitert hat, nicht mehr sicher unterscheiden, ob es sich um eine Placenta lateralis geringen Grades, eine marginalis oder um einen tiefen Sitz gehandelt hat. Auch die Lage des Eihautrisses wird hier keine Klärung bringen. Dazu folgende Beispiele:

1089/1920 (tiefsitzend)
169/1922 (marginalis)
176/1922 (marginalis)
1061/1924 (o. gen. Diff.)
393/1925 (tiefsitzend)
254/1932 (tiefsitzend).
} siehe Anhang!

In 35 Fällen unseres Materials wurde die Placenta als vorliegend oder vollständig vorliegend gefunden. Es läßt sich jedoch bei Anwendung strenger Maßstäbe nur von 18 Fällen mit ausschließlicher Sicherheit behaupten, daß die Placenta als praevia totalis ausgebildet war. In 56 Befunden ist der Mutterkuchen als zum Teil vorliegend gekennzeichnet und 10 mal als am Muttermundsrande fühlbar.

In 22 Krankengeschichten lautet die Diagnose Placenta praevia oder praevia lateralis, ohne daß ein regulärer Befund niedergeschrieben ist. 16 davon kann ich auf Grund des Verlaufes unbedenklich als „Placenta praevia-Fälle ohne genaue Differenzierung" führen, 6 jedoch nur als tiefsitzende Mutterkuchen, zumal die Kinder mit einer Ausnahme spontan geboren wurden. Andererseits sehe ich mich gezwungen, von 33 Krankengeschichten mit der Beschriftung: „Tiefsitzende Placenta" 5 Fälle in die Rubrik: „Placenta praevia ohne genaue Differenzierung" einzugliedern, da es sich nach den geschilderten Tatsachen um ein regelrechtes Vorliegen gehandelt haben muß. Einmal lautete die Diagnose: „Blutung" (nach dem Blasensprung aufgetreten) und einmal: „Placenta-praevia-Verdacht". Diese beiden Fälle will ich ebenfalls zur Abteilung der tiefsitzenden Mutterkuchen gliedern, da ich nicht die Absicht habe, das zu gewinnende Resultat durch unklare Fälle zu verbessern. Die von mir versuchte Objektivität in der nachträglichen Beurteilung wird aus den deshalb mitgeteilten Krankenblattauszügen zu ersehen sein.

Es handelt sich also um ein Material von
35 (vollständig) vorliegend gefühlten,
56 zum Teil vorliegenden,
10 am Rande des Muttermundes fühlbaren und
35 tiefsitzenden Mutterkuchen.
21 Placentae praeviae sind ohne genaue Differenzierung.

Zahl der vorangegangenen Geburten und Fehlgeburten

Aus Gründen der Vervollkommnung der großen Placenta-praevia-Statistiken sei die Zahl der bei den einzelnen Müttern vorangegangenen Geburten und Fehlgeburten mit aufgezählt, ohne daß ich mich auf irgendwelche Theorien bezüglich der Ätiologie des fehlerhaften Sitzes festlegen will. Von den 157 hier entbundenen Frauen waren

33 I p	darunter	11 mit 1 Abort und 1 mit 2 Aborten,
43 II p	darunter	11 mit 1 Abort und 4 mit 2 Aborten,
28 III p	darunter	4 mit 1 Abort, 3 mit 2 Aborten und 1 mit 3 Aborten,
18 IV p	darunter	4 mit 1 Abort, 3 mit 2 Aborten und 1 mit 4 Aborten,
14 V p	darunter	1 mit 1 Abort und 2 mit 2 Aborten,
3 VI p	darunter	1 mit 1 Abort,
2 VII p	darunter	1 mit 1 Abort,

8 VIII p	darunter	3 mit 1 Abort, 2 mit 4 Aborten und 1 mit 7 Aborten,
2 IX p	darunter	1 mit 1 Abort und 1 mit 3 Aborten,
3 X p	darunter	1 mit 1 Abort,
1 XIII p		mit 1 Abort,
1 XIV p		mit 4 Aborten und
1 XX p.		

157 Mütter

Die Erstgebärenden waren also mit 21 %,
die Zweitgebärenden mit 27,4 %,
die Drittgebärenden mit 17,8 % und
die restlichen Mehrgebärenden mit 33,75 %

vertreten. Obwohl die Zahl unserer Erstgebärenden gegenüber der Pankowschen Summierungsziffer von 11,8 % I p und den Angaben von Thiemke (14,2 %) und Zweifel (14 %) hoch erscheint, offenbart sich auch aus unserem Material, daß die Multiparae besonders für die Placenta-praevia-Komplikation prädisponiert sind. Bemerkenswert ist die hohe Zahl der Fehlgeburten, die unter den 21 % Primiparae nur 13,4 % wirklich „unbeeinflußte" Fälle übrig läßt.

Therapie der 155 Fälle

Die bei den 155 Fällen eingeschlagene Therapie bestand

I. 33 mal in extraovulärer Metreuryse.
Vorhergehende Dilatation des Muttermundes 10 mal.
Belastung des Metreurynters 16 mal.
Nach der extraovulären Metreuryse wurden Blasensprengung oder Durchbohrung der Placenta, Wendung oder Herunterholen des Fußes mit anschließender Extraction
in 26 Fällen,
Blasensprengung, intraovuläre Metreuryse, Wendung und Extraction
in 1 Falle,
Blasensprengung, Wendung und Abwarten der Spontangeburt mit entsprechender Steißlagenhilfe
in 2 Fällen,
Blasensprengung, intraovuläre Metreuryse, Wendung und Abwarten der Spontangeburt nach Belastung
in 1 Falle,
Blasensprengung und Abwarten der Spontangeburt
in 2 Fällen und
Blasensprengung und Forceps
in 1 Falle ausgeübt.

II. 61 mal wurde die intraovuläre Metreuryse angewandt (abzüglich der zwei oben schon mitgerechneten Fällen nach extraovulärer Metreuryse).
Vorhergehende Dilatation des Mm. 9 mal.
Vorhergehende Blasensprengung 27 mal.
Belastung des Metreurynters 29 mal.
Nach der intraovulären Metreuryse wurden Wendung und Extraction
in 46 Fällen,

Wendung mit anschließender Hilfe bei spontaner Steißlagengeburt
in 4 Fällen geleistet
und die Spontangeburt
in 11 Fällen abgewartet.

III. 19 mal wurden Wendung (oder Herunterholen eines Fußes bei Beckenendlage) und Extraction ausgeführt.
Vorhergehende Blasensprengung 12 mal.

IV. 5 mal wurde nur die Wendung vollzogen und dann die Spontangeburt mit entsprechender Steißlagenhilfe abgewartet.
Vorhergehende Blasensprengung 2 mal.

V. 3 mal war die Zange notwendig.
Vorhergehende Blasensprengung 1 mal.

VI. 12 mal genügte die Blasensprengung.

VII. 22 mal fand eine Spontangeburt ohne geburtshilflichen Eingriff statt.

Auf die Indikationsstellung für die einzelnen Maßnahmen einzugehen, sei mir erspart, da nach den üblichen in der konservativen Therapie gültigen Gesetzen verfahren wurde.

Tabelle 1.

Verteilung der mütterlichen und kindlichen Mortalität auf die einzelnen konservativen Behandlungsmethoden.

Behandlungsmethoden	Anzahl der Fälle	Prozentualer Anteil	Mütterliche Mortalität Zahl	Mütterliche Mortalität in %	Kindliche Mortalität Zahl	Kindliche Mortalität in %	Kindliche Mortalität berein. in %	Gesamtzahl der Kinder	Von den abgestorbenen Kindern: Tot eingeliefert, Frühreif I u. II, Unreif Mißbildet etc.
Spontangeburt	22	14,2	0	0	7	31,0	4,5	22	1 Reif 2 Frühreif II 4 tot eingeliefert
Blasensprengung	12	7,7	0	0	2	16,6	8,33	12	1 Frühreif I 1 tot eingeliefert
Sa.	34	21,9							
Extra- ovuläre Metreuryse	33	21,2	1 (Infektion ante partum)	3,03	18	51,4	25,7	35	4 Reif 4 Frühreif I 6 Frühreif II 2 Unreif 1 Mißbildung 1 ohne Masse
Intra-	61	39,3	3 (2 Atonien 1 Sepsis)	4,91	33	54,1	36,0	61	14 Reif 7 Frühreif I 6 Frühreif II 1 Unreif 1 Mißbildung 2 tot eingeliefert 1 ante apartum abgest. 1 ohne Masse
Sa.	94	60,6							
Wendung und Extraktion (oder Herunterholen des Fußes bei Steißlage)	19	12,2	2 (2 Fehlgeb. 1 Sepsis 1 Anämie)	10,5	9	40,9	0	22	3 Frühreif II 2 Unreif 4 tot eingeliefert
Wendung und Abwarten der Spontangeburt	5	3,2	0	0	5	100,0	40,0	5	2 Reif 1 Frühreif II 1 Unreif 1 tot eingeliefert
Forceps	3	2,0	0	0	0		0	3	—
Summa	155		6	3,87	74	46,25	31,75	160	

Von 155 vaginal entbundenen Frauen starben 6. Das ergibt eine Mortalitätsziffer von

3,87 %.

Man muß dabei berücksichtigen, daß es sich bei 2 Todesfällen um Fehlgeburten im 6. Monat gehandelt hat. Nach Abrechnung der 35 Partus mit tiefsitzendem Mutterkuchen, die keinen mütterlichen Exitus zu verzeichnen haben, erhöht sich die Zahl auf 5 %. Ich will jedoch hervorheben, daß von fast allen Autoren auch die Fälle, in denen die Diagnose nur aus der Blutung gestellt wurde, und kein Mutterkuchen fühlbar war (oder auch garnicht untersucht wurde, um eine Infektion zu vermeiden), allgemein als Placenta-praevia-Komplikationen gewertet und statistisch erfaßt wurden. Die Zahl der spontan gebärenden und der nur mit Blasensprengung behandelten Mütter deutet annähernd die Summe der leichten Fälle an. Das sind von unserm Material 21,9 %. Pankow nennt in seiner zusammenfassenden Statistik 20,1 %, v. Ammon 21 %. Thiemke gibt 23,6 % und Wieloch 26 % an. Aus den Angaben Laubensteins errechnete ich 23,7 % und aus denen Morris Müllers sogar 45 %! Die angeführten Vergleiche beweisen, daß die Anzahl unserer leichten Placenta-praevia-Geburten keineswegs aus dem Rahmen des Gesamtdurchschnittes fällt. Daß unsere Mortalitätsziffer ein Ergebnis ist, das — wohlgemerkt unbereinigt — mit den Erfolgen in andern Kliniken völlig in Konkurrenz treten und mit den Kaiserschnittstatistiken sehr gut Schritt halten kann, letztere zum Teil sogar weit übertrifft, dazu möge folgende Zusammenstellung dienen:

Autoren	Konservative Methoden		Kaiserschnitt	
	Fälle	%	Fälle	%
Stöckel [1922] u. Micul. Rad. [1925]	137	11,5	31	3,3
Schweitzer [1922]	333	5,6		
Gänssle [1923]	93	8,6	93	6,4
Hornung [1923—25]			60	3,3
Hornung [1926—28]			79	6,3
v. Ammon [1930 Zusammenstellung]			2320	7,3
Nürnberger [angef. nach Laubenstein]			125	9,6
Pankow [Halban-Seitz]	69	4,4	58	3,4
[Zusammenstellung]	7234	6,9	259	4,3
Krukenberg [1929] [Aus den Angaben errechnet]	114	2,6	36	16,6
Krukenberg und Bodewig [1929]			42	21,4 4,8 [bereinigt]
Schnitzer [1930]		Sect. vag.	49	9
		Sect. abd.	245	13,06
Zimmer [1930]	64	3,1	13	15,38
Morr. Müller [1933]	228	5,7		
		Sect. vag.	32	9,4
		Sect. abd.	68	19,1
Laubenstein [1934]	133	2,2	121	14,87

Verschiedene sehr hohe Mortalitätsziffern der vaginalen Sectio will ich garnicht erst aufzählen, da diese Methode im allgemeinen heute nicht mehr durchgeführt wird.

Krukenberg und Bodewig ziehen in ihrem „Beitrag zur Kaiserschnittfrage" bei der Reinigung auch 4 Fälle ab, die bei der Obduktion die Diagnose „Anaemie" ergaben. Das ist gerade einer der Gründe, deretwegen der Kaiserschnitt propagiert wird. Man kann Verblutungstodesfälle, die der konservativen Methode zur Last gelegt werden, auf keinen Fall in der Kaiserschnittstatistik unterdrücken.

Zur besseren Orientierung über die Todesfälle mögen zunächst die wichtigsten Daten der Krankengeschichten folgen:

590/1922 Placenta lateralis

27 jährige III p. Eingewiesen wegen Abortblutungen im 6. Monat.

14. XII. 20.45 Uhr: Lagerung der anämisch aussehenden Frau. Angeblich seit 14 Tagen Blutungen, zuletzt stark mit Stücken. Vom Arzt tamponiert. Temp. 37,2°. Puls 100.

15. XII. 2 Uhr: Blutig-wässriger Abgang.
8 Uhr: Mm. f. gut 3 Fg. dgg. Vorliegendes Placentarstück tastbar. Placenta lateralis. Wendung auf den Fuß. Geringe Blutung. Extraction. Placenta auf Credé. Manuelle Austastung. Entfernung der Reste und Spülung. Blutung steht. Tamponade.

16. XII. Temperaturanstieg bis 40,4°. Kein Schüttelfrost.

19. XII. Temperatur hält sich immer auf der Höhe um 40°. Feuchte Rasselgeräusche und Giemen über beiden Lungenlappen unten.

21. XII. Es beginnt eine septische Fieberkurve mit Schüttelfrösten. Delirien und Durchfälle.

25. XII. Bluttransfusion 300 ccm. wegen des kleinen Pulses. Unter Zunahme der Durchfälle und Schlechterwerden von Atmung und Kreislauf erfolgt am Abend des

29. XII. der Exitus letalis.
Der weibliche Föt starb 6 Stunden post partum.

Diagnose: Fehlgeburt im 6. Monat. Placenta pravia totalis. Puerperalfieber.

487/1925 Placenta lateralis

32 jährige II p. Früher eine Fehlgeburt.

13. IX. 20.30 Uhr: Vom Arzt wegen Placenta praevia eingewiesen. Vor 14 Tagen angeblich geringe Blutung. Heute starke Blutung, $^1/_2$ Stunde vor Beginn der Wehen. (18 Uhr.) Bei der Aufnahme kräftige Wehen und Abgang von Blut. Wattetamponade durchgeblutet.
21.15 Uhr: Mm. 5 Mk. Re den Mm. fast vollständig ausfüllend Placentagewebe. Die Blase wird gesprengt. Kopf steht etwas ein. Wegen noch bestehender Blutung wird ein Ballon gelegt, der mit einem Pfund beschwert wird. Puls 160. Patientin ist sehr unruhig. Kochsalzinfusion 500 ccm.
21.45 Uhr: Langsamwerden der kindlichen Herztöne und Ausbleiben bei der nächsten Wehe.

14. IX. 0.45 Uhr: Ballonextraction. Wendung des Föten und Extraction. Mäßiger Blutverlust dabei.
Uterus ist sehr weich, kontrahiert sich trotz Gynergen und dgl. nicht. Placenta folgt nicht.
1.30 Uhr: Plötzlicher Kollaps der Pat. nach mäßiger Blutung. Herzmittel.

Manuelle Lösung der Placenta. Uterustamponade. Uterus weich.
2.45 Uhr: Exitus lotalis.

Diagnose: Placenta praevia lateralis.

731/1926 Placenta totalis

33 jährige III p. Vom Arzt eingewiesen.

26. XII. Angeblich vor 5 Wochen leicht, heute morgen stärker geblutet. (Einige Stücke.) Bei Aufnahme keine Blutung und keine Wehen.

30. XII. 22 Uhr: Nach Stationsaufenthalt Wiederlagerung der Kreissenden mit unregelmäßigen Wehen. Keine Blutung.

31. XII. 5 und 11.45 Uhr: Blutungen mit einigen kleinen, dann faustgroßen Gerinnseln.
12.30 Uhr: Mm. 5 Mk. Vom Placentagewerbe ausgefüllt.
12.45 Uhr: Metreurynter. Dabei keine besondere Blutung.
15.45 Uhr: Ausstoßung des Ballons. Keine Blutung Mm. knapp handtellergroß. Die Placenta liegt nur teilweise vor. Blasensprengung. Einstellen des Kopfes.
18 Uhr: Wegen Sinkens der kindlichen Herztöne Forceps. Geburt eines toten Knaben. Placenta folgt auf Druck eine Viertelstunde danach. Temperatur 38,9°. Puls 120.
Die schon ante partum bestehende Temperatur steigt einen Tag später auf 40,9°. Dabei an den zwei folgenden Tagen gutes Allgemeinbefinden. Außer einem geringen bronchitischen Befund läßt sich ein Grund für die Temperatur nicht finden. Leib weich, am Genitale kein abnormer Befund. Keine Schüttelfröste. Am 3. Tage beginnend und allmählich zunehmend Deliriren, Aufregungszustände und ab und zu Zuckungen an Armen und Beinen. Vom 4. Tage an rapider Verfall mit zeitweiser stärkster motorischer Unruhe. Exitus letalis.

Diagnose: Placenta praevia. Febris ante partum. Temperatursteigerung. Bronchitis.

688/1928 Placenta lateralis

26 jährige II p. Nach angeblichem Fall vor 4 Wochen leichte Blutung, die sich noch dreimal wiederholt. Deshalb dreimal vom praktischen Arzt tamponiert. Letzte Tamponade vom Donnerstagabend bis Sonnabendfrüh gelegen. Gestern früh Temperatur 40.3°. Drei Tage vor der Einlieferung Schwäche und Appetitlosigkeit.
Bei Aufnahme Temperatur 39,7°. Puls 120.
Rechte Gebärmutterkante schmerzhaft, keine kindlichen Herztöne.
Vaginal: In der Scheide kein Blut. Hintere Mm.-lippe stark wulstig, vordere nicht vorhanden. Äußerer Mm. klaffend, innerer knapp f. 1 Fg. dgg. Re vorne im Mm. Placenta. Blase steht. Stinkendes altes Blut.
Bei Blasensprung Blutung.
Am Tage nach der Aufnahme Metreuryse.
In der zweiten Nacht nach der Aufnahme Schüttelfröste. Ausstoßung des Metreurynters.
Am 2. Morgen nach der Aufnahme Extraction und Entwicklung der Beckenendlage.
Placenta muß manuell gelöst werden. Danach oberflächliche Atmung, bläuliche Färbung des Gesichtes, kein Puls

fühlbar. (Der Puls hatte bereits während der Nacht stark gewechselt zwischen 60 und 140.)

Diagnose: Placenta praevia. Fieber ante partum. Atonie. Exitus infolge Herzschwäche.

474/1933 Placenta praevia ohne genaue Differenzierung

33 jährige I p mit einem Abort.

13. XI. 2 Uhr: Frau U. wird wegen Blutungsgefahr und Diagnose Placenta praevia vom praktischen Arzt überwiesen, der draußen untersucht hat.
10 Uhr. Bei rectaler Untersuchung geht ein gut hühnereigroßes Gerinnsel ab.
10.30 Uhr: Sprengung der Fruchtblase mittels Troikar. Fruchtwasser erst klar, dann mit alten Blutbeimengungen vermischt. Im ganzen 1800 g Blut und 1000 g Wasser. Puls morgens 120, steigt noch.
Um der Blutungsgefahr zu begegnen, Legen eines Metreurynters bei 5 mk.-stck.-gr. Mm. Schwache Belastung. Nachdem die Patientin leiche Kollapserscheinungen gezeigt hat, wird gegen 12 Uhr der Zustand doch so bedenklich, daß die Geburt unbedingt beendigt werden muß. Wendung des Kindes, wobei noch reichlich Blutmassen entleert werden, und Extraction. Das Kind wird schwach lebend geboren. Seitliche Episiotomie vor Entwicklung des Kopfes. Placenta folgt bald auf Druck.
Die Entbundene erholt sich verhältnismäßig rasch. Bereits am
14. XI. Temperatursteigerung über 38°. Am
15. XI. auch Morgentemperatur über 38°. An den folgenden Tagen septische Kurve mit Schüttelfrösten. Auch sonstiger Status typisch septisch.
Blutkultur: Staphilokokken.
Allmähliche Verschlechterung des Zustandes. Unter nachlassender Herzkraft erfolgt am 12. Tage post partum der Exitus letalis.
Klinisches Bild: Allgemeine Sepsis.

Diagnose: Placenta praevia.

501/1935 Placenta lateralis

30 jährige II p. Schwangerschaft im 6. Monat. Vom Arzt geschickt. Zu Hause angeblich mittelstarke Blutung. Bei Aufnahme keine Blutung. Die vom Praktiker gelegte Tamponade ist mäßig durchgeblutet.
Vaginaluntersuchung 14 Stunden nach der Aufnahme: Mm. 5 Mk. Seitlich stößt der Finger an vorliegendes Placentargewebe, das sich bei der Untersuchung löst und eine neue Blutung verursacht. Deshalb sofortiger Entschluß zur digitalen Ausräumung. Blasensprengung, Herunterholen eines Fußes, Extraction der Frucht. Manuelle Placentarlösung und Kürettage. Tamponade. Sehr starker Blutverlust.
Uterus wird dauernd komprimiert gehalten. Nur auf sehr starken Druck gehen noch einige ccm. Blut ab. Puls leidlich gefüllt.
1 1/2 Stunden später: Patientin wird plötzlich blaß. Angestrengte Atmung. Puls verschwindet mehr und mehr.
Kein Blutabgang mehr. Keine Sanguinatio ins Abdomen nachweisbar. Es tritt der Exitus letalis unter den Zeichen des versagenden Kreislaufes ein.

Der Tod erfolgte also in 3 Fällen kurze Zeit post partum unter den Zeichen des versagenden Kreislaufes. Es handelte sich um

starken Blutverlust bei Ausräumung einer Fehlgeburt, um Atonie (Embolie nach manueller Austastung?) in der Nachgeburtsperiode bei einer Frau, die bereits durch hohes Fieber und Schüttelfröste unter der Geburt erschöpft war, und im dritten Fall auch um eine Atonie.

Bei den andern drei gestorbenen Müttern war bereits am Tage nach der Geburt oder Ausräumung Fieber aufgetreten, das in zwei Fällen typisch septisch verlief und bei der dritten Patientin, die vier Tage vor der Geburt zu uns eingewiesen war, nicht einwandfrei geklärt wurde.

Die Todesursachen als solche beweisen, daß man von diesen Exitus, die sich nur bei der Metreuryse und bei der Wendung mit anschließender Extraction ereigneten, keinesfalls Rückschlüsse auf die Gefährlichkeit gerade dieser konservativen Methoden ziehen darf. Im einzelnen auf Vergleiche mit der „symptomatologischen" Behandlung in anderen Kliniken einzugehen, liegt nicht im Rahmen dieser Arbeit.

Mütterliche Morbidität

Daß die günstige mütterliche Mortalitätsziffer unserer Anstalt keineswegs reziprok mit einer Erhöhung der Morbiditätsziffer im Wochenbett verläuft, sei kurz aufgezeigt.

Als krankhaften Wochenbettsverlauf bezeichnen Hitschmann und Gänssle eine Dauer von über 20 Tagen, während Miculicz-Radecki jedes Wochenbett als gestört ansieht, in welchem die Temperaturkurve einmal über 38° gestiegen war. Ich will mich der scharfen Grenze des letzteren unterwerfen und außerdem jede Wöchnerin als krank zählen, die mehr als 12 Tage klinischen Aufenthalt notwendig hatte.

Nach Abrechnung der 6 Todesfälle haben wir bei 149 vaginalen Entbindungen 41 morbide Patientinnen, das sind

27,5 %.

Wir bleiben also weit unter der von Miculicz angegebenen Zahl von 45,2 % und stehen ungefähr mit der aus Wielochs Angaben errechneten Morbidität von 25,4 % gleich. 12 Mütter hatten nur einmal, 6 Mütter nur zweimal eine Temperatur über 38°. Bei Zugrundelegung der Hitschmannschen 20 Tage-Grenze würden nur 16 Mütter (10,75 % ein krankhaftes Wochenbett durchgemacht haben. Wir bleiben auch bei dieser Berechnung unter der Zahl von Gänssle (14,1 %).

Leider machen die meisten Kaiserschnittautoren keine oder nur sehr ungenaue Angaben über die Höhe der Wochenbettserkrankungen, so daß ein Vergleich schlecht durchzuführen ist. Miculicz gibt 59,3 % an, Keßler zählt 38 % febrile Fälle. Bei Autoren, die die konservative und die Schnittentbindung schon vergleichsweise bringen, ist die niedrigere Morbiditätsziffer immer auf Seiten der konservativen Methode. Siehe Miculicz! Thiemke gibt für konservative Entbindung 16,3 %, für Sectio 24 %, und Schnitzer für erstere 20 %, für vaginale Sectio 36,8 % an. Bei beiden Autoren weiß ich allerdings nicht, nach welchem Gesichtspunkt die Morbidität berechnet wurde.

Von unsern über 20 Tage in der Klinik gebliebenen Patientinnen erkrankten

2 an einer Thrombose,
2 an Lochiometra,
3 an Lochiometra und Thrombose,
1 an Lochiometra mit Schüttelfrösten, die am 9. Tage behoben waren,
1 an Lochiometra und Lungenkomplikation,
1 an Lochiometra und anschließender Angina,
1 an Lochiometra und Nachblutung,
1 an Sepsis (drei Wochen nach der Porroschen Operation, die wegen unstillbarer atonischer Nachblutung ausgeführt werden mußte),
1 an Anämie und Katarrh der Luftwege,
1 an Nachblutungen (Kürettage),
1 an einfacher Schwäche durch Anämie und
1 an Lungenkomplikationen, zwei heftigen Nachblutungen, allgemeiner Anämie, Herzschwäche und Thrombose.

31 Mütter mit vollständig vorliegendem Mutterkuchen ergeben 18 Morbide = 53 %
56 Mütter mit Lateralplacenta haben 13 Morbide = 23 %
20 Fälle von Placenta praevia ohne genaue Differenzierung bringen 5 krankhafte Wochenbetten = 25 %
10 Patientinnen mit Placenta marginalis weisen 1 Kranke = 10 % und
35 mit tiefsitzendem Mutterkuchen 4 Morbide auf = 11,3 %.

Die Morbidität ist also weitgehend abhängig von der Größe des vorliegenden Placentarbezirks und der daraus resultierenden Schwere des geburtshilflichen Eingriffs. Die 25 % Morbiditätsfälle der „Placenta praevia ohne genaue Differenzierung" beweisen, daß es sich bei dieser Rubrik keineswegs um leichte Fälle gehandelt hat, wie es sich auch weiter unten bei der Aufstellung der kindlichen Mortalitätsziffer herausstellen wird.

Kindliche Mortalität

Von 155 Müttern wurden bei 5 Zwillingsgeburten 160 Kinder geboren, von denen 86 lebend und gesund die Klinik verließen. 74 waren tot oder starben in den ersten Tagen. Die kindliche Mortalität beträgt somit

46,25 % unbereinigt.

Zur besseren Übersicht über die Zusammenhänge von Reifegrad und Sterblichkeitsziffer der Neugeborenen will ich die Einteilung von Miculicz-Radecki wählen und alle Kinder über 2000 g als lebensfähig bezeichnen, wie es in der Statistik üblich geworden ist. Das waren in unserm Material unter Einrechnung der beiden Kinder „ohne nähere Angaben" 123. Von diesen wurden 78 lebend entlassen (dabei sind die 8 Frühreifen unter 2000 g, die wir am Leben erhalten konnten, natürlich nicht eingerechnet). Wir finden eine Sterblichkeitszahl der lebensfähigen Kinder über 2000 g von

36,6 %.

Davon sind allerdings noch 9 Kinder abzurechnen, die für die vaginalen Entbindungsmethoden unbelastend sind:

Bei 6 Kreissenden wurden durch die Aufnahmeuntersuchung keine kindlichen Herztöne festgestellt.

2 Kinder hatten Mißbildungen: 1 Hydrocephalus internus und 1 Meningocele.

1 Patientin befand sich auf Station. Die kindlichen Herztöne wurden am Tage vor der Geburt nicht mehr gehört.

In einem Falle wird nichts über die Herztöne ausgesagt. Obwohl, nach dem klinischen Verlauf zu urteilen, das Kind wahrscheinlich bei der Aufnahme abgestorben war, muß ich es zu Ungunsten unserer Mortalitätsziffer rechnen.

36 lebensfähige Kinder, also

31,75 %

aller lebensfähigen insgesamt, sind als Verlust zu buchen, der die konservativ-symptomatische Therapie belastet.

Die Verteilung der toten Kinder auf die einzelnen therapeutischen Maßnahmen zeigt uns Tabelle I (siehe Seite 12). Die größte Prozentzahl der reifen und frühreifen Kinder über 2000 g verloren wir durch die Wendung mit Abwarten der Spontangeburt und durch die extra- und intraovuläre Metreuryse. Das ist ein Zeichen dafür, daß diese Methoden zwar eine Verblutung der Mutter hintanhalten, das Kind jedoch an Asphyxie zu Grunde gehen lassen.

Für den Vergleich unserer kindlichen Mortalitätsziffer mit andern Statistiken will ich nunmehr die Fälle von tiefsitzendem Mutterkuchen abrechnen, um nur die wirklich einwandfreien Placenta-praevia-Komplikationen zu erfassen. Da von manchen Autoren eine derartige Abgrenzung des Materials nicht durchgeführt wird, sind unsere Zahlen in einzelnen Vergleichen benachteiligt.

Unter 123 Kindern (von 120 Müttern) starben 65. Das ist eine unbereinigte Mortalitätsziffer von 52,8 %. 95 Neugeborene waren lebensfähig, doch wurden nur 54 lebend aus der Klinik entlassen. Von den 11 gestorbenen Kindern sind 6 abzuziehen, die — wie oben schon erwähnt und aus den Tabellen ersichtlich —, kein Opfer der Entbindungsmethoden sind. Die bereinigte Mortalitätsziffer ermäßigt sich auf 36,84 %.

Für konservative Behandlung geben

Gänßle (1923) bei 93 Fällen und 70 lebensfähigen Kindern	54,3 %,
Miculicz (1925) bei 137 Fällen und 91 lebensfähigen Kindern (aus den Angaben errechnet)	57,1 %,
Puppel (1930) bei 49 Fällen	36 %,
Schnitzer (1930) bei 203 Fällen	38,8 %,
Pankow im Halban-Seitz als klinische Zahl bei 1887 lebensf. Kindern	37 %,
als poliklinische Zahl bei 304 lebensfäh. Kindern	49,7 %,
Morris Müller (1933) bei 228 Fällen	41,4 %

bereinigte kindliche Mortalitätsziffern an. Die bereinigten Sterblichkeitsprozentzahlen lauten für den Kaiserschnitt hingegen weitaus günstiger:

Gänßle (1923) 93 Fälle	6,4 %,
Miculicz (1925) 31 Fälle, 30 Leb. fäh.	16,66 %,
(aus den Angaben errechnet)	
v. Ammon (Zusammenstellung 1930) 1247 Neugeborene	9,1 %,
Pankow (Halban-Seitz) 58 Fälle, 57 Leb.-fähige	7,0 %,
Puppel (1930) 26 Fälle	8,0 %,
Krukenberg und Bodewig (1929) 42 Fälle	11,9 %,
Schnitzer (1930) 49 Fälle	8,0 %,
vag. Sectio 245 Fälle	20,0 %,
Morris Müller (1933) 68 Fälle	16,6 %,
vag. Sectio 277 Fälle	26,1 %.

Wir stehen also im Vergleich zu den Statistiken der konservativen Richtung mit unserer kindlichen Mortalitätsziffer an durchaus günstiger Stelle. Das war bisher in unserer Klinik auch der Grund, an den alten Methoden unter Berücksichtigung der geringen mütterlichen Sterblichkeit festzuhalten. Bei Betrachtung der guten Kaiserschnittsresultate ist die Zahl unserer verlorenen lebensfähigen Neugeborenen dagegen viel zu hoch.

Tabelle II.

Von 160 Kindern waren		Summa	waren tot oder starben	blieben am Leben
unreif		7	7	—
frühreif und unter 2000 g		30	22	8
frühreif aber über 2000 g 35—49 cm lang	lebensfähig	44	16	28
Reif, ausgetragen	lebensfähig	77	27	50
Ohne nähere Angaben	lebensfähig	2	2	—
Summa		160	74	86

Tabelle III.

Von den 74 toten Kindern	Reif	Frühreif I	Frühreif II	Unreif	Ohne Masse
lebten länger als 1 Stunde	2 (1Hydrocephal)	9	8	1	—
starben kurz nach der Geburt	1	2 (1Meningocele)	3	—	—
starben intra partum	18	3	3	5	2
wurden Herztöne vorher nicht mehr festgestellt	5	2	5	1	—
fehlt der Befund über die Herztöne	1	—	3 (2mal Zwilling)		
Summa	27	16	22	7	2

Die Verteilung der toten und lebenden Kinder auf die verschiedenen Grade der vorliegenden Placenta gibt folgendes Bild:

Tabelle IV.

Mutterkuchen	tote oder in der Klinik gestorb. Kinder	lebend entlassene Kinder	Summa
vollständig vorliegend	21	14	35
teilweise vorliegend	27	31	58
prävial ohne genaue Differenz.	12	8	20
am Rande gefühlt	5	5	10
tiefsitzend	9	28	37
Summa	74	86	160

Als ein abermaliger Beweis dafür, daß die als „Placenta praevia ohne genaue Differenzierung" geführten Fälle keineswegs leicht waren, ist die hohe Zahl der toten Kinder im Gegensatz zu der relativ niedrigen in der Rubrik der marginalen und tiefsitzenden Mutterkuchen beachtenswert.

Im übrigen zeigt uns die Tabelle, daß die Höhe der kindlichen Mortalität annähernd gleichgerichtet ist dem Grade des Vorliegens der Placenta.

Im Anschluß an die statistischen Aufstellungen drängen sich für die von uns fernerhin zu befolgende Therapie entscheidende Fragen auf:

1. Wäre die mütterliche Mortalität in unserm Material durch den Kaiserschnitt niedriger geworden und ist sie überhaupt durch die Sectio zu verringern?

2. Ist die kindliche Sterblichkeit durch die Schnittentbindung herabzusetzen und in wieviel Fällen unserer Statistik wäre die Operation mit Aussicht auf ein lebendes Kind indiziert gewesen?

3. Welches ist der beste therapeutische Weg zur Erzielung einer geringstprozentigen mütterlichen und kindlichen Mortalität?

Verringerung der mütterlichen Mortalität durch den Kaiserschnitt? Nein!

Die Zusammenstellung auf Seite 10 zeigt, daß unsere mütterliche Mortalitätsziffer von 3,87 % eine durchaus günstige Stellung einnimmt gegenüber einer Zahlenreihe der konservativen Methoden und, was besonders hervorzuheben ist, gegenüber den Kaiserschnittergebnissen der letzten Jahre! Bei diesem offensichtlichen Erfolge müssen wir uns die Frage vorlegen, ob die mütterliche Sterblichkeit in unserem Material bei Anwendung der Sectio noch geringer ausgefallen wäre und ob sie — allgemein gesehen — durch die operative Entbindung überhaupt herabzusetzen ist?

Die Ansicht der meisten Autoren geht dahin, die infizierten und febrilen Fälle möglichst von der Schnittentbindung auszuschließen. Dazu soll die Lebensfähigkeit des Kindes bei der Indikation zur Sectio weitgehendst berücksichtigt werden. Die Todesfälle 590/1922 und 501/1935 wären als Schwangerschaften im 6. Monat, also Fehlgeburten auf Grund — oder zurückhaltender gesagt — mit einer Placenta-praevia-Komplikation, von vornherein für eine Sectio nicht in Frage gekommen. Im Fall 688/1928 machten die bei der Einlieferung gegebenen Bedingungen eine Kaiserschnittherapie ebenfalls unmöglich: Die Frau war 3 mal tamponiert, hatte 40° Fieber, der Föt war abgestorben. Man kann weiterhin von den Patientinnen 731/1926 und 474/1933 nicht behaupten, daß sie bei einer Sectio unbedingt durchgekommen wären. Bei der einen Kreissenden bestand bereits ante partum Fieber und bei der andern, die draußen untersucht war, kam die Infektion am Tage nach der Geburt zum Vorschein. Der operative Eingriff wäre aller Wahrscheinlichkeit nach für die Mütter ebenso gefährlich gewesen wie die vaginale Entbindung.

Belastend für die konservativen Methoden bei Placenta praevia ist nur Fall 487/1925. Es ist anzunehmen, daß für diese Patientin der Blutverlust bei Sectio geringer gewesen und eine Atonie durch Abkürzung der Geburtsdauer evtl. verhindert worden wäre. Trotzdem dürfte in dem von mir gebrachten Material von einer Herabsetzung der mütterlichen Mortalität kaum die Rede sein, da wir schon für den operativen Eingriff des Kaiserschnittes an sich eine Eigensterblichkeitsziffer ansetzen müssen. Winter findet eine mütterliche Mortalität durch die Operation als solche von 4,2 % (für die Placenta praevia speziell von 3,9 %), Hornung von 3—4 %, Kaboth bei intraperitonealem Schnitt von 4,4 % und bei extraperitonealem von 1,6 %. Uhde spricht von insgesamt 5 % und gibt den Prozentsatz für den intraperitonealen Schnitt ebenfalls höher als für den extraperitonealen an. Natürlich sind diese Zahlen für alle Schnittentbindungen berechnet (ohne Berücksichtigung der Indikation), es ist aber kein Grund vorhanden, diesen Faktor bei der Placenta-praevia-Komplikation außer Acht zu lassen. Selbst wenn ich nur die niedrigste Ziffer von 1,6 % als operative Eigensterblichkeit einsetze, hätten wir bei unseren Fällen bestimmt keine geringere Mortalität als durch die konservativen Methoden erreicht, weit eher eine höhere.

Wir erkennen aus solchen Betrachtungen die große Schwierigkeit, die Statistik der symptomatischen Therapie unbedingt mit der des Kaiserschnittes vergleichen zu wollen. Man kann die alten Methoden nicht dafür verantwortlich machen, daß bei ihnen die unsauberen, fiebernden und moribunden Fälle nicht ausgemerzt werden. Daher mußte in früheren Arbeiten und Auseinandersetzungen ihre Moralitätsziffer vergleichsweise immer eine höhere sein. Einzelne der von Miculicz-Radecki im Archiv f. Gyn. Bd. 123 angeführten Fälle können unmöglich als Nachteil der vaginalen Entbindung hingestellt werden. Die von ihm geschilderten Krankenblattauszüge ergeben, daß eine Sectio für die Mütter ebenso wenig erfolgreich gewesen wäre, und eine Erhöhung der Kaiserschnittsmortalität zugunsten der Sterblich-

keitsziffer der vaginalen Methoden gebracht hätte. Wie stark sich die Zahl der letalen Ausgänge zum Nachteil der Schnittentbindung verschiebt, wenn die Indikation über das Maß erweitert wird, und auch fiebernde und völlig desolate Falle operiert werden, zeigt uns die Dissertation von M. Müller. Dieser erhält für die konservativen Methoden nur 5,7 %, für den Kaiserschnitt jedoch 19,1 % mütterliche Mortalität. Laubenstein (konserv. Meth. 2,25 %; Sectio 14,87 %) sagt bei der Beschreibung seiner Todesfälle leider nichts darüber aus, wie hoch die Temperatur bei der Krankenhausaufnahme war. Die drei letztgenannten Autoren haben in ihren Arbeiten eine Betrachtungsweise angeschnitten, die man von jetzt ab immer bei Placenta-praevia-Statistiken verlangen sollte. Bei späteren Veröffentlichungen ist darauf zu achten, daß die klinischen Ergebnisse der Sectio und der alten Methoden gemeinsam erfaßt und ausgewertet werden, um eine Verbesserung unserer Therapie für die Gesamtzahl aller behandelten Fälle erkennen zu können.

Verschiedene Kliniker (Henkel, Matzdorff, Holzbach, Dörffler u. a.) haben die Schnittentbindung auch bei fiebernden und infizierten Müttern mit Erfolg versucht. Andere Arbeiten beweisen das Gegenteil, daß die Gefahr für die Patientin durch den Kaiserschnitt bei unreinen, infizierten Fällen um das Mehrfache wächst. So errechnen

Kurig	bei unreinen Fällen	14,29 %
	bei reinen Fällen	3,1 %
Winter	bei Fällen mit Fieber	27 %
	bei Fällen ohne Fieber	6,4 %
Krukenberg und Bodewig	bei unreinen Fällen	15 6 %
	bei reinen Fällen	3,1 %
Uhde	bei Fällen mit vorhergehendem vaginalen Eingriff	29,41 %
	bei Fällen ohne vaginalen Eingriff	4,55 %

letale Ausgänge.

Die entscheidende Frage, ob die mütterliche Mortalität bei Placenta praevia durch die Sectio zu verringern ist, muß also vorläufig immer noch mit nein beantwortet werden, und es ist ganz entschieden zu betonen, daß sich bei allzuweiter Indikationsstellung sogar eine Zunahme der Todesfälle durch den Kaiserschnitt herausstellt.

Verringerung der kindlichen Mortalität durch den Kaiserschnitt? Ja!

Unsere nur von der mütterlichen Seite her bestimmte Einstellung zur Schnittentbindung bei Placenta praevia muß sich bei Betrachtung der kindlichen Mortalitätsziffern ändern. Die zweite Hauptfrage: Ist die Anzahl der toten Kinder durch die Sectio herabzusetzen? erfordert eine durchaus positive Beantwortung. Unser Verlust von 37 % (bei Einrechnung der tiefsitzenden Mutterkuchen 31 %) lebensfähiger Kinder gegenüber den niedrigen Ziffern der Kaiserschnittautoren (siehe Seite 16/17) darf nicht ohne Folgerungen hingenommen werden. Aus den Krankengeschichten geht hervor, daß die in Frage kommenden Mütter mit nur wenigen Ausnahmen ohne In-

fektion oder Fieber in unsre Behandlung traten. Von diesem Gesichtspunkt aus wäre eine Sectio nicht kontraindizirt gewesen. Inwieweit bei den einzelnen Fällen andere Gründe gegen den operativen Eingriff vorlagen, ist in den Krankenblättern nicht dargelegt worden, da die Möglichkeit des Kaiserschnittes bei der konservativen Einstellung der Klinik kaum in Betracht gezogen wurde. Eine genaue Untersuchung darüber, wieviele Kinder durch die Sectio ohne Gefährdung der Mütter erhalten werden konnten, ist deshalb leider nicht möglich. Tabelle III hat gezeigt, daß 35 lebensfähige Neugeborene (abgerechnet 2 Mißbildungen) intra partum oder post partum an Geburtsschädigungen (Asphyxie) zu Grunde gingen. Es ist nicht anzuzweifeln, daß der größte Prozentsatz davon bei der schnelleren Schnittentbindung gerettet worden und die Mortalitätsziffer ganz erheblich heruntergedrückt worden wäre.

Welchen Weg wählen wir zur Erzielung einer geringstprozentigen mütterlichen und kindlichen Mortalität?

Wir müssen uns nun entscheiden, welchen Weg wir zur Erzielung einer geringstprozentigen mütterlichen und kindlichen Mortalität wählen wollen. Die Tatsache, daß die größte kindliche Sterblichkeit bei den konservativen Methoden auf Grund des totalen und ausgedehnt-lateralen Vorliegens der Placenta eintritt, berechtigt zu der Forderung, daß solche Fälle dem Kaiserschnitt zugeführt weden. Um andererseits eine höhere mütterliche Mortalität durch die Sectio zu verhindern, müssen bei jeder Operation folgende Bedingungen verlangt werden:

1. Die Lebensfähigkeit des Kindes ist mit größter Wahrscheinlichkeit zu garantieren.
2. Die Mutter ist fieberfrei.
3. Eine Eröffnung der Bauchhöhle ist bei verdächtigen Fällen möglichst zu vermeiden. (Extraperitonealer Schnitt).

Die schon erwähnten Ergebnisse von Krukenberg und Bodewig, Kurig, Winter und Uhde sind ganz dringliche Warnungen vor der Ausführung einer Sectio caesarea bei infizierten Müttern. Peritonitis und Sepsis spielen in den Sektionsprotokollen der gestorbenen Kaiserschnitt-Operierten eine leider sehr große Rolle. Es darf an dieser Stelle wieder einmal auf die großen Nachteile der draußen unsauber vorgenommenen Untersuchung und Tamponade hingewiesen werden. Wenn vorausgegangene vaginale Eingriffe nicht peinlichst aseptisch durchgeführt worden sind, steigern sie, wie auch Uhde zahlenmäßig beweist, die Infektionsgefährdung der Mutter ganz erheblich. Ich erinnere an unsern Fall 688/1928. Die Befürchtungen einer Infektion dürfen allerdings nicht so weit gehen, daß sie zu dem Vorschlag von Puppel führen, die vaginale Untersuchung auch in der Klinik ganz zu unterlassen. Eine Abwägung der therapeutischen Indikation ist nur dann möglich, wenn man über den Grad des vorliegenden Placentarbezirkes orientiert ist. Wir dürfen Patientinnen, die bei evtl. nur tiefsitzendem oder marginalem Mutter-

kuchen bluten, und bei denen kein vaginaler Befund erhoben wird, nicht so bedenkenlos einer immerhin eingreifenden Operation zuführen. Vor jeder Indikationsstellung zum Kaiserschnitt müssen wir uns vor Augen halten, daß die meisten Kreissenden mit Placenta-praevia-Komplikation Pluriparae sind und ihrer Familie erhalten werden sollen, und daß wir das mütterliche Leben auf keinen Fall im Interesse des kindlichen aufs Spiel setzen dürfen. Im Oktoberheft 1936 der Monatsschr. f. Geb. betont Jaschke, daß „laut Erfahrung die Schnittentbindung eine sehr beträchtliche Herabsetzung der Fertilität zur Folge hat." So soll denn auch im Placenta praevia-Kapitel von jeder nicht unbedingt notwendigen Sectio abgesehen werden, zumal meine Arbeit beweist, daß die konservativen Methoden durchaus gute Erfolge zeitigen können.

Der total oder lateral vorliegende Mutterkuchen wird von vielen Autoren auch von der mütterlichen Seite aus als Indikation zur Sectio angesehen, zumal dann, wenn die Frauen bereits sehr stark ausgeblutet sind. Ich schließe mich diesem Gedanken unter Voraussetzung der oben gewünschten Bedingungen ohne weiteres an, da er mit der Herabsetzung der kindlichen Mortalität in Einklang steht. Ich muß aber betonen, daß wir bei unseren Totalisfällen keinen Exitus durch Verblutung hatten, während andere Autoren verschiedentlich die hochgradige Anaemie als Todesursache nach Kaiserschnitt angeben. Es ist also nicht erforderlich, solche schweren Fälle der Sectio zuzuführen, wenn das Kind abgestorben oder eine Lebensfähigkeit nicht zu erwarten ist. Denn die mindestens dreiviertelstündige Narkose (Aspirationspneumonien!) und der operative Eingriff als solcher sind letzten Endes Schädigungen, die eine schnelle Erholung der Mutter von dem Blutverlust hintanhalten oder sogar ihr Aufkommen verhindern können. Die Möglichkeit der Bluttransfusion besteht für die konservativ behandelten Patientinnen in gleicher Weise wie für die Operierten.

Selbstverständlich sollen dem Kaiserschnitt alle die Fälle zugesprochen werden, bei denen Komplikationen vorhanden sind, die an sich schon ein operatives Vorgehen ratsam erscheinen lassen (enges Becken, Gewächse etc.), und bei denen eintretende Placenta-praevia-Blutungen die Gefahr für die Mutter erhöhen.

Zusammenfassung

155 Kreissende mit Placenta praevia wurden in der Landesfrauenklinik Magdeburg nach den alten konservativen Methoden entbunden. 6 Mütter starben: 3,87 % (Nach Abrechnung der 35 Geburten bei tiefsitzenden Placenten: 5 %). Die Morbidität war gering: Bei strengster Auslese 27,5 % (nach Hitschmannscher Berechnungsart nur 10,75 %). Der Verlust an lebensfähigen Kindern belief sich auf 31 % (ohne die Fälle mit tiefsitzendem Mutterkuchen: 36 %).

Die Kaiserschnittstatistiken der letzten Zeit brachten weit höhere mütterliche Mortalitätsziffern (7—15 % und mehr!), wobei andererseits ein ganz erheblicher Gewinn an lebensfähigen Kindern zugegeben werden muß. An Hand der Krankengeschichten unserer Todesfälle wird gezeigt, daß wir durch die Sectio keine geringere mütterliche Mortalität erreicht hätten, zumal für den operativen Eingriff an sich eine Eigensterblichkeitsziffer angesetzt werden muß. Die schlechten Kaiserschnittergebnisse in neueren Arbeiten sind hervorgerufen durch eine allzuweite Indikationsstellung. In Anbetracht dessen ist den konservativen Methoden wieder mehr Feld einzuräumen. Die operative Entbindung ist nur in Fällen von Placenta praevia totalis und lateralis sehr großen Ausmaßes zuzulassen, wenn kein Fieber bei der Mutter besteht, und eine Lebensfähigkeit des Kindes mit größter Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, selbstverständlich auch dann, wenn andere Komplikationen an sich schon den Kaiserschnitt notwendig machen. Nach Möglichkeit ist dabei immer der extraperitoneale Schnitt zu wählen, um Infektionen der Bauchhöhle zu vermeiden.

Bei weiteren Veröffentlichungen über das große Kapitel der Placenta praevia wäre es wünschenswert, daß von den Autoren gleichzeitig die konservativ wie die operativ entbundenen Mütter statistisch erfaßt werden. Nur dadurch können wir eine Verbesserung unserer Therapie für alle in Frage kommenden Fälle von vorliegendem Mutterkuchen erkennen.

Schriftennachweis

v. Ammon: (1929) Zur Ther. d. Pl. pr. Dtsch. Med. Wschr. 1929 II S. 2094.
(1930) Statist. z. Kais. schn. frage Arch. f. Gyn. Bd. 140 S. 66.
(1930) D. Mortal. d. vag. u. abd. Entbdg. meth. bei Pl. pr. Ztschr. f. Geb. Bd. 97 S. 261.
Ballhorn: (1925) Z. Pl. pr. Ther. Arch. f. Gyn. Bd. 123 S. 646.
A. Döderlein: (1910) Pl. pr. u. Hysterotomia vag. ant. Arch. f. Gyn. Bd. 92 S. 91.
Dörffler: (1930) Um d. Erhaltg. v. Mutt. u. Kind. Meine Schn. Entbdg. d. J. 1929. Zbl. f. Gyn. 1930 S. 2054.
(1930) Was leistete d. Schn. Entbdg. i. J. 19330. Arch. f. Gyn. Bd. 147 S. 1.
(1932) Nachtr. z. vorgen. Arbeit. Arch. f. Gyn. Bd. 149 S. 238.
Durlacher: (1930) Zur Frage d. Pl. pr. cervic. mit epikrit. Betrachtg. ü. Diagn. u. Ther. Münch. Med. Wschr. 1930 I S. 436.
Füth: (1928) Ü. d. Bhdlg. d. Pl. pr. Arch. f. Gyn. Bd. 133 S. 1.
Gänssle: (1923) Über Bhdlg. d. Pl. pr. Arch. f. Gyn. Bd. 118, S. 120.
Gauß: (1934) Behdlg. d. Pl. pr. mit d. Kopschwartenzange. Arch. f. Gyn. Bd. 156 S. 396.
(1934) Eine neue, ungefährl. u. erfolgreiche Behdlg. d. Pl. pr. Zbl. f. Gyn. 1934 S. 93.
Henkel: (1910) Zur operat. Behdlg. d. Pl. pr. Arch. f. Gyn. Bd. 90 S. 626.
(1935) Krit. Betrachtg. z. Indik. u. Techn. d. Kais. schn. bei Fieber unt. d. Geburt. Zbl. f. Gyn. 1935 Nr. 22.
Högler: (1929) Zur Behdlg. d. Pl. pr. Zschr. f. Geb. Bd. 96 S. 539.
Holzbach: (1933) D. Schrägkanal z. Behdlg. infektionsverdächt. Kaiserschn. Zbl. f. Gyn. 1933 Nr. 20.
Hornung: (1929) D. Stellg. d. Kais. schn. i. d. mod. Geb. hilfe. Arch. f. Gyn. Bd. 137 S. 825.
Jaschke: (1936) Zur Frage d. Method. u. Indik. d. Schn.-Entbdg. Mschr. f. Geb. 103 S. 199.
P. Jolly: (1911) Die Entwickl. d. Pl. pr. Arch. f. Gyn. Bd. 93 S. 69.
(1912) Uter. rupt. in d. alt. Kais. schn. narbe. Arch. f. Gyn. Bd. 97 S. 229.
Kaboth: (1934) D. Techn. d. extraper. Entbdgsschn. Zbl. f. Gyn. 1934 Nr. 6.
Keßler: (1930) Ther. d. Pl. pr. Mschr. f. Geb. Bd. 86 S. 175.
Klein (Woronesch): (1935) Zur Ther. d. Pl. pr. Mschr. f. Geb. Bd. 99 S. 170.
Krukenberg und Bodewig: (1929) Ein Beitr. z. Kais. schn. frage. Mschr. f. Geb. Nr. 83 S. 57.
Krukenberg: (1929) Zur Ther. d. Pl. pr. Klin. Wschr. 1929 II S. 1905.
Kurig: (1930) Über d. Ausgang d. unreinen Kais. schn.-Operat. i. d. Bonn. Klin. (Dissert. Bonn) Referat: Krause Erg. i. Ber. 1931 Bd. 20.
Laubenstein: (1934) D. Bedeutg. d. abd. Schn. Entbdg. i. d. Ther. d. Pl. pr. (Dissert. Leipzig).
Lichtenstein: (1920) D. cervik. Kais. schn. Arch. f. Gyn. Bd. 112 S. 15.

Matzdorff: (1933) Kais. schn. bei infekt. verdächt. Kranken. Zbl. f. Gyn. 1933 Nr. 43.
Miculicz-Radecki: (1925) Z. Progn. u. Ther. d. Pl. pr. gleichztg. ein Ber. ü. 168 Fälle. Arch. f. Gyn. Bd. 123 S. 245.
(1933) Pl. pr. Münch. Med. Wschr. 1933 II S. 1848.
Morich: (1932) Zur klin. Behdlg. d. Pl. pr. (Dissert. Hambg.) Referat: Seynsche, Erg. i. Ber. 1933 Bd. 24.
M. Müller: (1933) Behdlg. d. Pl. pr. (Dissert. München).
Naujoks: (1931) D. abdom. Kais.schn. Erg. i. Ber. ü. ges. G. Bd. 20 S. 1 u. 81.
Navratil: (1934) D. Kais. schn. stat. d. Univ. Klin. Wien. Arch. f. Geb. Bd. 157 S. 359.
Neumann: (1934) Zur path. Anat. u. Klin. d. Pl. pr. Ztschr. f. Geb. 108 S. 397.
Nürnberger: (1930) Über d. extraper. Kais. schn. Arch. f. Gyn. Bd. 142 S. 106.
(1931) Pl. pr. ohne Blutung. Zbl. f. Gyn. 1931 S. 1665.
Pankow: (1927) Im Halban-Seitz: Biol. u. Path. d. Weib. VIII. Bd. 1. Teil: Plac. praevia.
Puppel: (1930) Zur Kais. schn. frage. Arch. f. Gyn. Bd. 139 S. 33.
(1930) Zur Frage Pl. pr. Mschr. f. Geb. Bd. 85 S. 246.
(1932) Über Totgeburten, Frühsterblkt. u. mütterl. Mortal. i. d. J. 1925—1931. Arch. f. Gyn. Bd. 150 S. 257.
(1935) Zur Klinik d. Schn. entbdg. Arch. f. Gyn. Bd. 160 S. 223.
Richter: (1920) 300 klass. Kais. schn. Arch. f. Gyn. Bd. 112 S. 70.
Rotthaus: (1931) Cerv. od. korpor. Kais. schn. bei Pl. pr. Zbl. f. Gyn. 1931 S. 89.
Schnitzer: (1930) Pl. pr. Arch. f. Gyn. Bd. 142 S. 178.
Schweitzer: (1911) Zur Behdlg. d. Pl. pr. Arch. f. Gyn. Bd. 94 S. 637.
Stöckel: (1918 Meine Erfolge m. d. Hebosteotomie u. m. d. verschied. Meth. d. Kais. schn. Arch. f. Gyn. Bd. 109 S. 17.
— Lehrbuch der Geburtshilfe: Die pathol. Geburtsblutungen.
— Schweitzer, Jaschke: (1922) auf d. XVII. Vers. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Zur Ther. d. Pl. pr. Arch. f. Gyn. Bd. 117 S. 10.
Thiemke: (1931) Zur Behdlg. d. Pl. pr. Mschr. f. Geb. Bd. 87 S. 110.
Uhde: (1932 D. mütterl. Mortal. d. abd. Schn. Entbdg. (Dissert. Köln).
Vogt: (1912) Über d. Rupt. d. Uterusnarbe nach Kais.-schnitt. Arch. f. Gyn. Bd. 95 S. 13.
Weber: (1925) Über d. Behdlg. schwerster Fälle v. Pl. pr. Arch. f. Gyn. Bd. 125 S. 467.
Wieloch: (1930) Beitr. z. Ther. d. Pl. pr. Klin. Wschr. 1930 II S. 1672.
Winter: (1929) Ber. ü. d. allg. Kais. schn. stat. Arch. f. Gyn. Bd. 137 S. 795.
(1935) Was leist. d. Dörffl. Kais. schn. in Gegenwart u. Zuk. Zbl. f. Gyn. 1935 S. 2402.
(1931) Die allg. Indik z. abdom. Kais. schn. Mschr. f. Geb. Bd. 87 S. 3.
Zalewsky: (1915) Über d. Pl. pr. u. d. Vorteile d. äuß. Wendung. Arch. f. Gyn. Bd. 104 S. 133.
Zimmer: (1930) D. Behdlg. d. Pl. pr. a. d. Würzbg. Univ.-Frauenkl. (Dissert.) Referat: Franken. Berichte 1932 Bd. 21.

Anhang

Befundauszüge aus 157 Krankengeschichten, geordnet nach dem Grad des Vorliegens der Placenta

35 Fälle von Placenta praevia totalis.

301/1920: Mm. 2 Mk. Plac. pr. tot. Plac. vollständig an der Perforationsstelle zerrissen, 3—4 cm vom Eihautrand entfernt.
408/1920: Mm. 2 Mk. Plac. gew. vorliegend.
947/1920: Mm. 3—5 Mk. Plac. gew. ist überall zu fühlen.
752/1921: Mm. f. 1 Fg. gut dgg. Plac. gew. überdeckt d. inn. Mm. Nach Metr.: Mm. fast vollständig. Die vorlieg. Plac. wird mit dem Fg. durchbohrt.
1248/1921: Mm. 5 Mk. Der hineingelegte Finger fühlt deutl. pelziges Pl. gew. Nach Metr.: Spreng. d. Blase durch die Plac. hindurch.
138/1922: Mm. f. 2 Fg. dgg. Os int. anscheinend durch Plac. verschlossen. Nach Metr.: Plac. bedeckt ringsum d. Mm. Durchgehen durch d. Plac. und Herunterholen eines Fußes.
196/1923: 1 Fg. gut eingängig. In Gegend d. Os. int. Pl. gew.
749/1923: Mm. 3 Mk. Dahinter Pl. gew. fühlbar.
18/1924: Seit Dezember Blutungen. Am 18.3. Blutg. mit einigen wallnußgr. Stck. Am 4. u. 5.4. stärkere Blutg. mit Stücken. Am 9. 4. 18,45 Uhr: Lagerung, es geht wenig Blut ab. 21 Uhr: Neue Blutg. erst wenig, dann stark. Tierblase. Plac. folgt sof. nach d. Extract. d. Kindes. (Pl. pr. tot.) Nach Tampon. von Uter. u. Vag. reichl. Herzmittel und Kochsalzinfus. weg. d. schlecht. u. kaum fühlb. Pulses.
916/1924: Mm. f. 2 Fg. dgg. D. inn. Mm. wird von Pl. gew. vollkommen überlagert.
826/1925: Bei d. Metr. wird d. tot. vorlieg. Plac. zerstört.
1009/1925: Mm. f. 2 Fg. dgg. Eingehen u. Herabholen eines Fußes durch die Plac. hindurch.
220/1926: Mm. f. 2 Fg. dgg. Plac. liegt vollstdg. vor. Nach Metr.: Manuelle part. Plac.lösg. u. dann Sprengg. d. Blase.
299/1926: Mm. 5 Mk. D. Nachgeb. liegt vollstdg. vor. Sie wird durchbohrt.
384/1926: Mm. 2 Mk. knapp. Plac. pr. tot. Nach Metr.: Handtellergr. Mm. An d. li. Cervixwand ein ca. handtellergr. Plac.lappen, d. in d. Scheide hineinragt.
843/1927: Rectal: Vorangeh. Teil infolge vorlieg. Plac. nicht zu fühlen. Vaginal: Mm. f. 2 Fg. dgg. Pl. pr. tot. Später: Mm. vollstdg. Es gelingt, neben d. handtellergr. Pl.stck. einzugehen.
191/1928: Mm. nach Metr. 5 Mk. Pl. liegt vor. Abort 5.—6. Monat.
343/1929: Mm. f. l. Fg. dgg. Pl. gew. fühlb. 6. Monat.

556/1929: Nach Metr.: Beim Eingehen i. d. knapp handtellergr. Mm. Mm. stößt man überall auf Pl. gew. D. Pl. wird fast in ihrem ganzen Umfang beim Eingehen in d. Uter. abgelöst.
697/1929: Mm.? Pl. gew. vorlieg. Diagn.: Pl. pr. tot.
140/1930: Mm. 2 Mk. Unter dauernd. Blut. Metr. nach vorher. Untersuchg.: Pl. pr. tot. Nach d. Metr. Eingehen i. d. Uterus, wobei d. Pl. auf d. einen Seite losgelöst wird.
431/1930: Mm. f. 2 Fg. dgg. Mit d. i. inn. Mm. kreisend. Fg. wird nur eine weiche Resist. getast. Es handelt sich um eine Pl. pr. tot. D. beim Einleg. d. Metr. perfor. Teil liegt randstdg. u. hat etwa Handtellergröße.
19/1931: Mm. kleinhandtellergr. Vollstdg. Vorlieg. d. Pl.
824/1931: Mm. f. 1 Fg. dgg. Weder Plac. noch vorangeh. Kindsteil mit Sicherheit zu fühlen. . . . Manuelle Lösung der in der Mitte durchbohrten Plac.
74/1932: Mm. f. Fg.kuppe dgg. Man stößt direkt auf Pl. gew., d. z. T. losgelöst ist. Nach Metr. sof. Herunterhol. eines Fuß. durch d. Pl. hindurch. Entwicklg., wobei ein Teil d. Pl. mitkommt. Man. Lösg. d. Rest. d. Pl.
227/1933: Mm. 5 Mk. Plac. liegt vor.
483/1933: Rectal: Mm. f. Fg. dgg. Überall weich. Gew. zu fühlen. Vaginal: Mm. 3 Mk. Diagn.: Pl. pr. tot.
577/1933: Mm. kleinhandtellergr. Pl. gew. vollstdg. vorlieg. Digitale Durchbohrg. d. Pl.
200/1934: Mm. f. 2 Fg. dgg. D. Cervik.kanal ist völl. mit schwammigem Gew. ausgefüllt. Plac. pr. tot. Nach Metr. Durchstoßg. d. vollstdg. vorlieg. Pl.
290/1934: Mm. f. 2 Fg. dgg. Vollstdg. Vorlieg. d. Pl. Diagn.: Pl. pr. tot.
516/1934: Mm. 2 Mk. D. inn. Mm. ist vollstdg. v. schwammigen Gew. ausgefüllt. Mm. nach Metr. kleinhandtellergr. Man. wird d. Pl. gew. durchstoßen.
565/1935: Diagn.: Pl. pr. tot. Laut Zeugnis d. Oberarztes handelte es sich trotz d. nicht verzeichneten Befundes um eine Pl. pr. tot.
1236/1935: Man. Lösg. d. Pl., die als Pl. pr. tot. entwickelt ist.
115/1926: Mm. f. 2 Fg. dgg. Es liegt Pl. gew. vor. D. Pl. erweist sich als festsitzend u. muß von d. Wand gelöst werden. Sie liegt mit einem gr. Abschnitt auf d. inn. Mm. Kaiserschnitt!!
731/1926: Siehe Todesfälle! (Seite 12)

56 Fälle von Placenta praevia laterialis

344/1920: Mm. 2 Mk. Pl. gew. in ganz. Ausdehng. vorlieg. Li. anscheinend d. Pl. rand. D. vorlieg. Mutterkuchen wird durchbohrt. Plac. im äuß. Drittel durch Perforat. zerfetzt. Eihäute nur wenig eingerissen.
496/1920: Mm. 3 Mk. Im li. ob. u. unt. Quadr. d. Mm. ein etwa 1 cm breiter Saum Pl. gew.
680/1920: Mm. f. 2 Fg. dgg. Stark laceriert. Li. ob. Pl. gew.
807/1920: Mm. 5 Mk. Re. unt. am inn. Mm. eine zerfetzte weiche Wulst. (Vorlieg. (Mutterkuchen).
878/1920: Mm. 2 Mk. Li. ist Pl. gew. zu fühlen.
1226/1920: Mm. f. 2 Fg. dgg. Li. ob. ein Lappen Pl. gew. Zwillinge. Nach Geburt d. I. Föt. wird Pl. gew. i. d. Vulva sichtbar, von Kleinhandtellergr. Deshalb sof. Blas. sprg. Die l. Plac. ist sehr zerrissen.
1532/1920: Der pr. Arzt: Mm. f. 3 Fg. dgg. Der untersuch. Fg. stößt auf d. vorlieg. Pl. Hier nach Metr.: Mm. fast vollstdg. Re. ob. Pl. gew.

143/1921: Mm. f. 2 Fg. dgg. Li. vorn ist in 5 Mkstck. Ausdehng. Pl. gew. zu fühlen.
190/1921: Mm. 5 Mk. Ein Pl.lappen hängt vor d. Mm. mit freiem Rand nach li. hin.
404/1923: Mm. 5 Mk. Pl. ragt von d. li. Seite in d. Mm.
974/1924: Mm. kleinhandtellergr. An d. re. Seite Pl. gew. fühlb.
250/1925: Mm. 5 Mk. Re. i. Mm. Pl. gew. zu fühlen.
550/1925: Mm. handtellergr. Re. unt. sichelförmig ein etwa 2—3 cm gr. Lappen d. Pl.
762/1925: Mm. f. 1. Fg. dgg. (rectal) Vorn Plac. gew. zu fühlen.
426/1926: Mm. handtellergr. Plac. liegt zur Hälfte vor.
642/1927: Mm. f. 1. Fg. dgg. Li. u. vorn Pl. gew. zu fühlen. Nur eine kleine schmale Sichel re. hint. Eihaut (glatt) Plac. ist in 2 Teile zerrissen.
410/1928: Mm. f. 2 Fg. dgg. Re. seitl. Pl. gew. zu fühlen.
521/1928: Mm. f. 2 Fg. gut dgg. Re. Pl. gew. zu fühlen.
705/1928: Mm. 5 Mk. Re. i. Mm. ein Stck. Pl. gew. zu fühlen.
735/1928: Mm. 2 Mk. Li. Pl. gew. Re. anscheinend frei.
985/1928: Mm. 2 Mk. Li. ob. Pl. gew. i. Mm.
136/1929: Mm. 5 Mk. an d. vord. Uter.wand 3 Mkstckgr. Pl. gew. fühlbar.
164/1929: Mm. 5 Mk. Re. Pl. geb. zu fühlen.
538/1929: Mm. 1 Mk. Li. ob. ein 2 Mkstckgr. Pl. gew. fühlbar.
696/1929: Mm. kleinhandtellergr. An d. re. Seite d. Mm. Pl. gew. fühlbar.
876/1929: Metr. Man. Lösg. d. Pl., d. fast ganz vor. d. Mm. liegt.
15/1930: Mm. handtellergr. Querlage. Im re. Mm.winkel ein kleinhandtellergr. Pl., gew. stck. zu fühlen.
604/1930: Rectal: Mm. 3 Mk. Li. hint. fühlt man bis in d. Mm. hineinreichend Pl. gew. Später: Mm. vollstdg. Pl. gew. nicht zu fühlen. Diagn.: Tiefsitz. Plac.
98/1931: Mm. 2 Mk. Im hint. Teil d. M. fühlt man Pl. gew., so daß d. ganze hint. Wand d. Uter. mit Pl. ausgefüllt ist. Tiefsitzende, z. T. vorliegende Plac.
482/1931: Mm. kleinhandtellergr. Re. hint. i. Mm. ist ungefähr 2 Querfg. breit Pl. gew. zu fühlen.
504/1931: Nach Metr.: Von re. her ist d. Mm. bis zu $^2/_3$ mit Pl. gew. ausgefüllt, das ein Tiefertreten d. Kopfes unmöglich macht.
814/1931: Mm. f. 2 Fg. dgg. D. tastende Fg. gerät zunächst nur an an Pl. gew. Schließlich ist li. d. Kopf in 3 Mkstckgr. Ausdehng. zu fühlen. Ausstoßung der z. T. zerfetzten, aber vollstdg. Pl. Ein etwa kleinhandtellergr. Bezirk hat vorgelegen.
93/1932: Mm. f. 2—3 Fg. dgg. Seitl. i. Mm. deutl. Pl. gew. fühlb.
356/1932: Mm. kleinhandtellergr. Re. i. Mm. Pl. gew. zu fühlen.
598/1932: Mm. f. 2 Fg. dgg. Hint. liegt in einer Ausdehng. von Handbreite die Plac. vor.
634/1932: Mm. f. 2 Fg. dgg. Hint. re. Pl. gew. zu fühlen. Li. vorn kommt man direkt an den Kopf.
721/1932: Mm. f. 3 Fg. dgg. Im Mm. ist auf d. ganzen re. Seite neben dem Kopf Pl. gew. zu fühlen.
725/1932: Mm. f. 3 Fg. dgg. Im Mm. ist auf d. ganz. unt. Hälfte neben d. Kopf Pl. gew. zu fühlen.
287/1933: Mm. kleinhandtellergr. Re. u. li. i. Mm. Pl. gew. fühlb.
382/1933: Mm. 2 Mk. Re. u. li. i. Mm. Pl. gew. fühlbar.
480/1933: Mm. 2 Mk. Ein kleiner Teil (Fuß) zu fühlen. Daneben Plac. gew.
420/1934: 7. VIII. 8 Uhr: Angeblich Blutung mit Stck. seit 4.30 Uhr. Vaginal: Mm. kleinhandtellergr. Hint. scheinbar Pl. gew. zu fühlen. 8.30 Uhr: Blasensprengg. Infans mortuus. Perforation. Man. Lösg. d. re. seitl. über d. Isthmus sitzend.

Pl. Dign.: Pl. pr. lat. Vorzeitige Lösg. Blutverlust hier ca. 200—300 g.

545/1934: Mm. f. 3 Fg. dgg. Auf d. re. Seite vorn u. hint. Pl. gew.

900/1934: Mm. 3 Mk. D. Pl. liegt mit ein. Lapp. i. Mm. u. a. d. re. Seite.

904/1934: Mm. 5 Mk. Pl. gew. z. größt. Teil vorlieg. Man. Lösg. d. z. T. i. d. Scheide lieg. Pl., d. ziemlich zerfetzt ist.

932/1934: Mm. kleinhandtellergr. Pl. liegt z. größt. T. vor. Nur an d. li. Seite ist ein kleines Stck. frei.

1076/1934: Mm. f. 2 Fg. dgg Re. seitl. ist Pl. gew. zu fühlen.

2/1935: Mm. ist fast handtellergr. Vorlieg. Nabelschnur. Re. seitl. ist Pl. gew. zu fühlen.

131/1935: Rectal: Mm. mkstckgr. An d. hint. Seite d. Mm. ist Pl. gew. fühlbar.

685/1935: Mm. f. 2 Fg. gut dgg. Vorn u. li. seitl. Pl. gew. zu fühlen. Die spontan gebor. Pl. ist zerrissen.

765/1935: Rectal: Mm. 5 Mk. Vorangeh. Teil eben zu erreichen, daneben Pl. gew. fühlbar.

1099/1935: Mm. 3 Mk. Man fühlt re. u. hint. Pl. gew., d. z. T. d. Mm. bedeckt.

487/1925:
688/1928:
501/1935:
590/1922:
} Siehe Todesfälle! (Seite 11—13.)

21 Fälle
von Placenta praevia ohne genaue Differenzierung.

1528/1920: Am 15. III. angeblich 2 mal geblutet (½ Liter). Am 19. III. 21 Uhr: Pat. blutet leicht. Am 20. III. 1 Uhr: Pat. fängt stark zu bluten an. Keine Wehen. Metr. Wendg. Extraction. Expression d. Pl., von d. sich ein Stck. ablöst und allein nachkommt. Wegen d. klein. frequ. Pulses Tropfklysma und Analeptica. Anaemie im Wochenbett. Diagn.: Pl. pr.

757/1923: Vom Arzt wegen Blut. eingewiesen, die am 10. u. 12. III. aufgetreten sind. 16. III. Gänseeigr. Blutgerinnsel. 20.30 Uhr: Mm. f. l. Fg. dgg. Man stößt auf glattes, schwappendes Gew. Eihäute wahrscheinlich, vielleicht auch glattes Pl. gew. 23.45 Uhr: Es fängt wieder an zu bluten. Etwa 2 gänseeigr. Gerinnsel. Deshalb 0.15 Uhr: Metr. Vag. Untersuchg. vor Ballon: Mm. f. l. Fg. dgg. An d. hint. Wand d. Uter. fühlt man d. Pl. (tiefsitzende Pl.). — Bei der Austastung d. Uter. wird ein kleinhühnereigr. Stck. Pl. entfernt. Es ist anzunehmen, daß dieses Stck. durch d. Metr. abgerissen ist. Diagn.: Tiefsitz. Pl.

245/1925: Am Tage vor d. Einlieferung geringe Blutg. 8 Uhr: Blutabg. gering. 10 Uhr: Blutklumpen in Tassenkopfmenge. 12.45 Uhr: Stärkere Blutabg. 1 Uhr: Mm. 5 Mk. Blase. Dahinter Nabelschnur. Metr. Nach Vorrücken d. Ballons mäßige Blutg. Dasselbe bei Wendg. auf d. Fuß. Blutverlust im ganzen sehr reichl. Diagn.: Tiefsitzende Plac.

483/1924: Vor 4 Wochen etwas geblutet. Am 5., 4. u. 3. Tage a. part. geblutet, hühnereigr. Klumpen. Nach Blasensprung bei Wehen immer etwas Blutg. Mm. kleinhandtellergr.: Metr., Wendung, Extraction. Sehr morsches Gew. Cervixriß. Da Blutg. trotz aller Maßnahmen nicht zum Stehen kommt, muß noch Porrosche Op. ausgeführt werden. Diagn.: Plac. pr.

499/1924: Kommt morgens mit Blutg. Sieht sehr anämisch aus. Hat angbl. schon ein paar Tage geblutet. Mm. f. Fg. dgg. Dilatation, Metr. Post partum Anzeichen von Lufthunger. Kopftieflagerung. Diagn.: Blutg. bei Pl. pr.

1061/1924: Angebl. seit drei Tagen geblutet. Große Gerinnsel sollen abgegangen sein. Patientin wird von d. Hebamme gebracht, ist sehr stark ausgeblutet. Puls kaum fühlb. Mm. handtellergr. Kopf fest im B. E. Post part. Tropfklistier, starker Kaffee, Lichtbogen, Wärmflasche und Sandsack. Diagn.: Plac. pr.

113/1926: Inn. Mm. gerade f. 2 Fg. dgg. (Nach Blasensprengung, wd. d. äuß. Mm. fast handtellergr. war.) Re. seitl. tiefsitz. Pl. zu fühlen. Beim 2. Wendungsversuch ist in der Cervix ein ca. 4 cm lang. u. 3 cm br. Plac.stck. fühlb. Blutverlust 300 g. Diagn.: Tiefsitz. Pl.

596/1927: Seit 14 Tagen leichte Blutg. Seit gest. stärkere mit Gerinnseln. Draußen tamponiert. Abends 22 Uhr: Blutungen, deshalb Metr. Blutverlust 600 g. Diagn.: Pl. pr.

835/1927: Im Aug. leichte Blutg. Im Dez. Feber u. Jänner je 2 mal stärkere Blutg. Heute draußen größere Blutg. Hier kräftige Wehen, dabei geht reichl. Blut ab mit reichl. größeren Gerinnseln. Stunden nach Receptio: Mm. vollstdg. Blutg. steht. Kopf in Beckenmitte. Diagn.: Pl. pr. lateralis.

823/1928: 25. I. Seit einer Woche geringe Blutg. Rectal ist d. Pl. nicht fühlb. Tägl. geringer Blutabg. bis z. 6. II. An diesem Tage plötzl. stärkere Blutg. Deshalb Geburtseinleitung und Metr. Diagn.: Geb. Einleitg. weg. Pl. pr.

4/1929: 10.30 Uhr: Pat. ist drauß. tampon. weg. Blutverlust, der angebl. 1000—1500 g betragen haben soll. Mm. noch eng. Kein Pl. gew. zu fühlen. Anschließ. an die Untersuchg. starke Blutg. 12.30 Uhr: Metr. 13.30 Uhr: 800 ccm Kochsalzinfusion. . . . Wendg., Extract. Diagn.: Pl. pr. lateralis.

105/1929: 9. V. 4 Uhr: Drauß. Blutg. u. Abg. v. Stcken. 10. V. 17 Uhr: Leichte Blutg. mit einigen Gerinns. 11. V. 10 Uhr: Metr. Tiefsitzende Pl. Beim Legen des Ballons Blutg. Diagn.: Pl. pr. lateralis.

422/1929: Vor vier Wochen leichte Blutg. Seit 8 Tagen wieder Blutg. u. Abg. v. Gerinnseln. Bei Aufnahme geringe blutg. Absonderg., d. 5 Tage anhält. Dann Entlassung, ein Tag später Wiederaufnahme weg. Blutg. Metr. sofort gelegt. D. Pl. hat eine etwa handtellergr. Nebenpl. Diagn.: Pl. pr.

666/1930: 11 Uhr: Leichter Blutabg. seit 3 Stunden. Mens 6—7 12.45 Uhr: Abg. v. wenig Blut bei guten Wehen. 13.45 Uhr: Blasensprengg. Reichl. Fruchtwasser u. Blut. Nachlassen d. Wehen. Sehr viel Blut u. größere Blutger. Nach Thymophysin bei jeder Wehe schußweise flüssiges Blut. Blutverlust insgesamt nicht angegeben. Diagn.: Teilweise vorzeitige Lösung d. tiefsitz. Pl.

512/1932. 12. XII. Am 8. XII. wegen Blutg. gekommen. Heute abend kleine Blutgerinnsel. Mm. f. Fg. knapp. dgg. 13. XII. 2 Uhr: 2 gänseeigr. Stcke. Blut Mm. mkstgr. Blutabgang erfordert sofortige Maßnahmen. Metr. Am Rande d. man. gelösten Pl. eine etwa 2 cm br. u. 7 cm lange Stelle ausgelaugten Gewebes wahrscheinlich d. tiefsitz. Stelle d. Pl. Blutverlust 600 g. Diagn.: Pl. lateralis.

641/1932: Drauß. wenig geblutet. Vaginalbefund: Mm. f. 1 Fg. dgg. Plac. ist nirgends fühlb. Doch besteht die Möglichkeit, daß die Pl. hint. etw. weiter herunterreicht, als es normalerweise der Fall ist. Am Tage nach der Aufnahme plötzl. heftige Blutg. Metr. Diagn.: Pl. lateralis.

443/1933: In der Nacht angebl. Abg. v. etw. flüss. Blut. (7 Uhr). Ab 10 Uhr leichte Wehen und Abg. v. flüss. Blut. 16.30 Uhr: Rectalbef: Mm. f. Fg.kuppe. Hint. u. re. fühlt man weiches Gew., d. der tiefsitz. Pl entsprechen könnte. Wehenmittel. Wenig flüss. Blut geht weiter ab. Spontangeburt. Diagn.: Tiefs. Pl.

1267/1935: 17.30 Uhr: wegen Blutgen. geschickt. Rectal: Mm. eng. Nach hint. liegt anscheinend Pl. gew. vor. 18.30 Uhr: Erneute Blutg. Vorübergeh. schlechter Puls. Es blutet weiter. 19.30 Uhr: Ballon. Blasensprgg. Wendg. Extr. Starker Blutverlust. Diagn.: Plac. praev.

1014/1935: 16. I. Seit einigen Tagen öfter geringe Blutg., vor drei Wochen und heute starke Blutg. mit Stck. Bei Aufnahme keine Blutg. 17. I. In der Nacht Abg. v. Blut. 20. I. 9.45 Uhr: Wehen und schwache Blutg. 14.15 Uhr: Kreissende fängt an, zieml. stark zu bluten. 14.30 Uhr: Metr., Wendg., Extr. Diagn.: Teilweise vorlieg. Plac.

202/1933: Mm. 3 Mk. Plac. pr. In der Scheide d. pulsier. Nabelschnur. Vom Pract. wegen Pl. pr. tot. eingewiesen. Kaiserschnitt!!

474/1933: Siehe Todesfälle!! Seite 13!

10 Fälle von Placenta praevia marginalis.

1581/1920: Mm. f. 1 Fg. dgg. Pl. gew. fühlb. Befund nach d. Metr.; Mm. 5 Mk. Vorn li. am Rande Pl. gew., das nicht überhängt.

609/1921: Mm.? Blase prall. Re. Pl. rand fühlb.

169/1922: Drauß. soll es stark geblutet haben, so daß d. Vag. mit Gazestreifen tampon. werden mußte. Hier Tamponade wenig durchblutet. Mutter anaemisch und schlapp. Puls klein, weich, frequ. Mm. ist handtellergr. Pl. pr. marg. Querlage.

176/1922: Mm. fast vollstdg. An d. vord. Begrenzg. d. Mm. fühlt man Pl. gew. Der Pract. hatte eingewies. weg Pl. tot.

706/1922: Kommt abends mit schwacher Blutg. u. Wehen. Vor einigen Wochen schon mal geblutet. Mm. kleinhandtellergr. An d. hint. Rand d. Pl. gew. fühlb. Nach Blasensprengg. spontan.

217/1923: Mm. f. 2 Fg. gut dgg. Man fühlt am Mm. rande Pl. gew.

522/1930: Mm. 5 Mk. Am re. Mm. saum ist Pl. gew. fühlbar.

610/1930: Mm. f. 1 Fg. dgg. Li. seitl. u. hint. ist d. Mm. v. Pl. gew. umsäumt.

122/1931: Mm. f. 2 Fg. dgg. An d. Hinterwand und seitl. reicht d. Pl. bis an d. Mm. heran.

284/1935: Nach d. Geburt d. Kindes. Pl. sitzt re. tief. (Plac. praev. marg.)

35 Fälle von tiefsitzendem Mutterkuchen.

1089/1920: Frau blutet bei der Aufnahme. Wird wegen Pl. pr. vom Arzt geschickt. Ist tamponiert. Pat. etwas anaemisch. Mm. ist bei d. Aufn. fast ganz erweitert. Armvorfall, Schulter und Rippen fühlbar. Wendung, Extraction. Diagn.: Tiefsitzende Plac.

41/1921: Geringer Blutabg., darunter 2 wallnußgr. Stcke. Spontanpartus. Man. Lösg. d. sehr tiefsitz. Pl. Blutverlust reichlich.

58/1922: Vor 14 Tagen Blutg. mit Stcken. Drauß. Tampon. Hier Spontangeburt. Blutverlust 700—900 g. Diagn.: Tiefsitz. Plac.

403/1922: Reichlich blutige Absonderg. Tiefsitz. Plac. Spontan. Diagn.: Tiefsitz. Pl.

766/1923: 21. III. 17 Uhr. Lagerung mit leichten Blutungen. 21.15 Uhr: Mm. mkstckgr. Blase nicht gefühlt. Abg. v. einem kleinhandtellergr. u. einem wallnußgr. Stck. Blut. 23.30 Uhr: Weiter geringer Abgang von Blut. 22. III. 2.30 Uhr: Spontanpartus. Plac. weist am Rande eine sehr verdächtige Stelle auf. Diagn.: Plac. pr.-Verdacht.

22/1924: Abg. v. größeren Blutger. Mm. f. 1 Fg. dgg. Der Abg. v. Blutgerinns. läßt mit fortschreit. Geburt nach. Spontanpartus. Blutverlust ca. 500 g. Diagn.: Tiefs. Pl.

203/1924: Mm. 2—3 Mk. Beckenendlage. Frau fängt an zu bluten. Es gehen auch 2 hühnereigr. Stcke. ab. Mm. $^1/_2$ Std. später kleinhandtellergr. Entwicklung nach Müller. Blutverlust: 600—800 ccm. Diagn.: Plac. lateralis.

955/1924: Vor 14 Blutg., auch Abg. v. Stck. Kurz vor d. Aufn. starke Blutg. u. Abg. v. Stck. Mm. kleinhandtellergr. Blase u. kleine Teile zu fühlen. Wd. d. Lagerung starke Ohnmacht d. Pat. Zwillinge. Extraction. Diagn.: Plac. praevia.

238/1925: Blasenspr. u. sofort beginn. heftige Blutg. Mm. kleinhandtellergr. Nabelschnurvorfall. Kopf zur Seite gewichen, Schulter liegt mit vor. Wendg., Extraction. Diagn.: Blutung.

271/1925: In d. ersten 2 Monaten u. jetzt Blutungen. Vor 3 Wochen, vor 10 u. 2 Tagen Abg. v. Stck. u. stärkere Blutg. 28. VI. In d. Nacht blutig-wässr. Abg. u. ein kleines Gerinns. 29. VI. 9.45 Uhr: Bei Rectaluntersuchg. gegen knapp 100 g Blutger. ab. 16 Uhr: 160 g Blutger. Nach Sprengg. d. Blase: Keine Blutungen mehr. Diagn.: Tiefsitz. Pl. Blutverlust: 650—700 g.

372/1925: 3. VIII. Vor 14 Tagen u. heute früh leichte Blutg. Ohne Stcke. 13. VIII. Wieder Blutg. Faustgr. Ger. 14. VIII. Nach Spontangeburt: Am Rande d. Pl. fehlt handtellergr. Stck. Anscheinend tiefsitz. Mutterkuchen. Blutverlust 1200 g. Diagn.: Tiefsitz. Mutterkuchen.

393/1925: Blutverlust gering. Mm. kleinhandtellergr. Querlage mit Arm- u. Nabelschnurvorfall. Pl. pr. im Befund angegeben. Dgl. in der Diagnose.

35/1927: 18. IV. Vor 6 Tagen u. heute Blutg. Bis zum 19. IV. 15 Uhr wenig Blutabg., dann bis zum Abbend 20 Uhr 2—3 mal einige Blutger., etwa 4 Eßlöffel voll. Mm. 2 Mk. Spontangeburt. Diagn.: Plac. lateralis.

73/1927: 2. V. 19.30 Uhr: Abg. bei Wehen v. etwa 2 wallnußgr. Stck. Blutger. 3. V. 10 Uhr: Faustgr. Blutger. Sprengg. u. Metr. Blutverlust 300 g. Bei Blasensprengg. kein Pl. gew. gefühlt. Diagn.: Tiefsitz. Plac.

95/1927: 13. V. Lagerung mit leichter Blutung. Mm. 50 Pf.stckgr. Plac. gew. nicht gefühlt. Tagsüber reichl. blutig-wässr. Absonderung. 14. V. 8 Uhr: Es geht bei schwachen Wehen immer etwas Blut und Gerinns. ab. Nachmitt. Blasensprengg. Keine Blutungen mehr erwähnt. Diagn.: Tiefsitz. Pl.

510/1927: Drauß. angebl. geringe Blutg. u. kleine Gerinns. 2 Tage nach d. Aufn. bei Wehen etwas Abg. v. Blutger. Spontangeburt. Diagn.: Tiefsitz. Plac.

116/1929: Drauß. weg. Blutg. tampon. Nach Entferng. d. Tamp. keine Blutg. Mm. 5 Mk. Blase. Diagn.: Tiefs. Pl.

760/1929: Seit 2—3 Wochen teils stärkere, teils schwäch. Blutg. mit Gerinns. Hier 3 Tage auf Station. Leichte Blutg. mit Gerinns. Bei Beginn d. Wehen Abg. v. Blut mit Ger. Rectal: Mkstckgr. Mm. Pl. gew. nicht zu fühlen. Nach Blasensprengg. Tiefertreten d. Kopfes. Stehen d. Blutg. Diagn.: Tiefsitz. Plac.

813/1929: Seit 14 Tagen Blutungen mit Stck. auf Stat. Bei Wehenanregung gehen größere Blutger. ab, deshalb Metr. Bei Ballonausstoßung keine Blutg. mehr. Blutverlust ca. 350 ccm. Diagn.: Pl. pr. lateralis.

223/1930: 5. VI. Angebl. anderthalbstdg. zieml. starke Blutg., die dann in geringer Form vom Morgen bis zum Abend anhält. 15. VI. Lagerung. Hühnereigr. Stck. Blutger., später blutigwässr. Absonderg. Rectal: Mm. 1 Fg. dgg. Pl. gew. nicht zu fühlen. Blutverlust 180 ccm. Diagn. Tiefsitz. Plac.

535/1930: Im Aug. leichter Blutabg., dgl. gestern am 15. X. Heute früh plötzlich starker Blutabg. Drauß. Tamp. Rectal: Blase nicht zu fühlen. Auch keine Pl. Mm. f. 1 Fg. dgg. Da dauernd geringe Blutg.; Metr. Hier Blutverlust: 200 ccm. Diagn.: Tiefsitz. Pl.

652/1930: Verschleppte Querlage. Nach d. Geburt Austastg. d. Uter.-höhle: Die Plac. nimmt d. ganze Hinterwand d. Uterus ein. Ein etwa handtellergr. Bezirk d. Pl. ist bereits gelöst und flottiert im Mm. Blutverlust 700 g (geschätzt). Diagn.: Tiefer Sitz d. Plac.

870/1930: Vor 2 u. 1 Tage Blutungen u. hühnereigr. Stcke. 7. III. 11 Uhr: Mäßiger Blutabg. bei Wehen. 12 Uhr: Rectal: Mm. f. 1 Fg.kuppe einlegbar. Nirgends Pl. gew. zu fühlen. 9. III. 14.30 Uhr: Blut u. hühnereigr. Gerinns. Metr. In d. d. Nacht nur noch wenig Blutabg. Spontangeburt am nächsten Tage. Blutverlust 500 g. Diagn.: Tiefsitz. Plac.

171/1931: 13. VI. Blutig-wässr. Abg. bei geschloss. Mm. Abends beim Harnlassen Blutger. Hühnereigr. Ger. um 22 u. 24 Uhr. 14. VI. 6 Uhr: Mäßige Blutg. Metr. Ohnmacht der Pat. 10.30 Uhr: Tropfklistier. 11 Uhr: Spontangeburt. Diagn.: Tiefsitz. Plac.

441/1931: Vor 2 Tagen leichtere Blutg., heute stärkere Stcke. Hier keine Blutabg. u. keine Wehen. (7. X.) 8. X. 1 Uhr: Einmaliger Blutabg. ca. 150 g. 8 Uhr: Dauernd leichte Blutg. Mm. 5 Mk. Pl. gew. nicht getastet. 9.30 Uhr: Blasensprengung. u. Entwickl. von Zwillingen. Blutverlust ca. 200 ccm. Diagn.: Tiefs. Pl.

254/1932: Seit 4 Wochen Blutg Rectal: Mm. vollstdg. Kopf auf Beckenboden. Kein Pl. gew. mehr zu fühlen. Blutverlust ca. 200 g. Diagn.: Tiefsitz. Plac.

347/1932: 11. IX. Etwas Blutabg. bei d. Aufn. 13. IX. Dauernd etwas Blutabsonderg. Einleitungsversuch. 16. IX. 22.45 Uhr: Rectal Mm. 2 Mk. Mehrmals Abg. v. hühnereigr. Blutger. 17. IX. Forceps. Pl. gew. etwas zerrissen. Diagn.: Tiefsitz. Plac.

564/1932: Lagerung mit leichter Blutg. Rectal ist d. Pl. nicht zu fühlen. Über Nacht etwas Blutabg. Vaginalbef. in Einzelheiten nicht notiert. Spontanpartus. Diagn.: Pl. pr lateralis.

548/1934: 17. IX. 15 Uhr: Pat. hat heute einmal ca. 200 g geblutet, unterwegs nicht, bei Ankunft ein wenig. 17 Uhr: Mm. geschlossen. Pl. gew. teilweise vorlieg. Es geht kein Blut ab. 22. IX. 7.45 Uhr: Mm. 2 Mk. Blase steht. Spontangeburt. Diagn.: Tiefsitz. Plac.

791/1934: 10.45 Uhr: Seit heute 6 Uhr Blutungen u. Gerinns. Bei Aufn. nur geringer Blutabg. Rectal: Mm. f. 1 Fg. dgg. Pl. gew. nicht mit Sicherheit gefühlt. Spontangeburt. Blutabg. ca. 130 ccm. Diagn.: Tiefsitz. Plac.

1126/1934: 25. II. Aufnahme und Lagerung der Pat. mit geringer Blutung. 7. III. Cervikalkanal f. 1 Fg. dgg. Pl. gew. nicht gefühlt. 11. III. Wiederlagerung mit geringer Blutung. 12. III. Blutigwässr. Absonderung. 1. IV. 3 Uhr: Blutung ca. 400 g. 10.30 Uhr: Blasensprengg., Metr. Diagn.: Tiefsitz. Plac.

1161/1934: Drauß. angebl. stärkere Blutg., jedoch ohne Gerins. Tagsüber nur geringer Blutabg. 23 Uhr: Es blutet leicht bei jeder Wehe. Spontangeburt. Blutverlust 500 g. Diagn.: Tiefsitz. Plac.

1223/1934: Vor 6 Wochen mäßige Blutg., heute gegen 14.30 Uhr stärkere Blutg. Bei Aufnahme nur geringer Blutabgang. 22.30 Uhr: Stärkerer Blutabgang mit einigen haselnußgr. Gerinnseln. Mm. f. 2 Fg. dgg. Blase steht. Nach Blasensprengg. u. Wendg. spontan. Blutverlust 150 ccm. Diagn.: Tiefsitz. Plac.

111/1935: Vor 14 Tagen leichte Blutg. Vor 2 Tagen stärkere Blutung, mit Abg. v. 3 größeren Blutger. Gestern leichte Blutung, bei Aufnahme keine Blutg. Rectal: Mm. 3 Mk. Pl. gew. nicht gefühlt. Diagn.: Tiefs. Pl.

1336/1935: In der Schwangerschaft öfter geringe Blutg. Heute stärker. Bei Aufn. nur geringer Blutabg. Rectal: Mm. f. Fg. gut dgg. Pl. gew. nicht fühlb. Spontangeburt. Blutverlust: 200 ccm. Diagn.: Tiefs. Pl.

Für die Anregung zu vorliegender Arbeit, die freundliche Unterstützung bei ihrer Durchführung und die bereitwillige Überlassung des Krankenblattmaterials spreche ich Herrn Obermedizinalrat Dr. von Alvensleben meinen verbindlichsten Dank aus. In gleicher Weise bin ich Herrn Prof. Dr. Nürnberger für die liebenswürdige Übernahme des Referates sehr zu Dank verpflichtet.

Lebenslauf

Am 20. April 1910 wurde ich, Paul Georg Gaudig, als Sohn des Zimmermeisters Otto Gaudig und seiner Ehefrau Minna geb. Klöpzig in Weißenfels geboren. Ich besuchte die Mittelschule und kurze Zeit das Domgymnasium in Merseburg. Vom Sommer 1920 ab war ich Schüler der Lateinischen Hauptschule der Franckeschen Stiftungen (Latina) in Halle (Saale).

Nach meinem am 4. 3. 1929 bestandenen Abitur studierte ich Medizin und legte am 1. August 1931 meine Vorprüfung ab.

Von meinen klinischen Semestern verbrachte ich je eins in Rostock und Innsbruck, die übrigen wieder in Halle (Saale). Im Anschluß an mein 11. Studiensemester meldete ich mich im April 1935 zum Staatsexamen, das ich am 13. Juli 1935 mit gut bestand.

Meine akademischen Lehrer waren: Abderhalden, Brandt, Breitner, Brugsch, Clausen, Curschmann, Eckart-Möbius, Friboes, v. Gaza, Goebel, Grouven, Grund, Grüneberg, Jarisch, Keeser, Kochmann, Krainz, Lindemann, Loeffler, Mayer, Nürnberger, Pönitz, Schmidt, Steyrer, Stieda, Stieve, Wätjen.

Als Medizinalpraktikant war ich an der Universitäts-Hautklinik in Halle (Saale), am Städtischen Krankenhaus in Sangerhausen und an der Landesfrauenklinik in Magdeburg tätig. Nach Erhalt meiner Approbation am 15. Juli 1936 erledigte ich einen Teil meines Landvierteljahres durch Vertretung praktischer Ärzte in Mitteldeutschland und Ostpreußen. Seit dem 15. Oktober bin ich Volontärassistent an der Universitätsfrauenklinik Halle (Saale).

Eduard Klinz Buchdruck Werkstätten Halle (Saale), Dölauer Straße 14
Spezialdruckerei für wissenschaftliche Werke und Dissertationen